



Laminia Arce-Olivé para PMA/ICP

Population Reports

Organizando mejor el trabajo

Cada vez más, las organizaciones de planificación familiar en los países en desarrollo y otras dedicadas a la atención de salud, tienen que lograr mayor rendimiento contando con los mismos, y a menudo con menos, recursos. Ante tal situación, reorganizar los procesos de trabajo es una forma sensata de ayudar al personal a hacer frente a las crecientes exigencias.

Independientemente de que usted se desempeñe como gerente de una clínica, proveedor en el campo, supervisor de programas o administrador a nivel de distrito, es posible mejorar la forma de organizar y llevar a cabo el trabajo. A menudo, implementar cambios sencillos permite a las organizaciones servir mejor a sus clientes, ofrecer trabajo más satisfactorio al personal, funcionar con mayor eficacia, reducir el desperdicio e incluso disminuir o recuperar los costos.

Organizar el trabajo para obtener mayor eficiencia y mejores servicios

La descentralización, la integración de servicios, la epidemia del SIDA y la presión creciente para llegar a las más pobres y remotas comunidades constituyen un reto para todas las organizaciones de salud en cualquier parte del mundo. Para poder hacerle frente, es necesario que las organizaciones funcionen más eficazmente, incrementen su eficiencia y satisfagan las cambiantes necesidades de los clientes.

Un enfoque que puede ser útil es la organización del trabajo. El mismo alienta a los gerentes y proveedores de servicios a ver su organización como un conjunto de recursos y procesos y a hacer preguntas como: ¿Funcionan los recursos y procesos en forma conjunta? ¿Logran satisfacer las necesidades de los clientes y de los proveedores? ¿De qué forma pueden funcionar con mayor productividad? Al buscar respuestas a estas preguntas, muchas veces el personal puede idear formas de trabajar con más eficacia y eficiencia. Mejorar la organización del trabajo no tiene necesariamente que llevar mucho tiempo, ni ser complicado ni costoso.

Contenido

Resumen de los editores.....	1
Qué significa el concepto	3
Prácticas basadas en evidencias.....	4
Adaptabilidad.....	6
Vínculos con otros servicios	6
Cómo minimizar el papeleo.....	8
Factores físicos.....	9
Horas de servicio y programación de citas	10
Flujo de clientes.....	11
División del trabajo y el diseño de cargos	12
Factores sociales	14
Cómo se implementa el concepto	15
Bibliografía.....	18

Este número de **Population Reports** se preparó en colaboración con la Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad (MAC) de la Oficina de Población y Salud Reproductiva de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La Iniciativa MAC apoya la investigación e intervenciones basadas en evidencias con el propósito de promover el acceso y la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar.



Publicación del INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of

Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Volumen XXXII, Número 1
Invierno de 2004

Cómo aplicar el concepto

En el campo de atención de salud, concentrarse en satisfacer las necesidades de los pacientes guía cada vez más la prestación de servicios. La Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad ha identificado ahora nueve elementos clave de la prestación de servicios en los cuales puede aplicarse el enfoque de organización del trabajo a fin de satisfacer mejor las necesidades de los clientes de salud reproductiva:

Uso de prácticas basadas en evidencias. Las organizaciones cuyas prácticas clínicas se basan en las mejores evidencias científicas disponibles pueden prestar servicios de mejor calidad.

Adaptabilidad. La previsión y la flexibilidad permiten a los gerentes enfrentar las comunes fluctuaciones en la prestación de servicios de salud.

Vínculos con otros servicios y sitios. Contar con buenos sistemas de referencia ayuda a las organizaciones a proporcionar acceso a una gama completa de servicios.

Minimizar el papeleo, maximizar el uso de información. Recolectar y utilizar únicamente aquellos datos imprescindibles para tomar las decisiones reduce el papeleo que lleva demasiado tiempo.

Factores físicos. Los proveedores de servicios pueden utilizar mejor el espacio y los recursos a fin de asegurarse de que los establecimientos sean cómodos, y estén bien organizados y bien abastecidos.

Horas de servicio y programación de citas. Tanto los clientes como los proveedores se benefician cuando se toma en consideración sus necesidades para la programación de citas.

Flujo de clientes. Mejorar la forma en que los clientes circulan por el centro de salud puede reducir las esperas y dejar más tiempo para que los proveedores puedan interactuar con los clientes.

División del trabajo y diseño de cargos. Los proveedores de servicios y los gerentes pueden ser más productivos —y estar más satisfechos— si todos conocen sus responsabilidades y tienen la autoridad para ejercerlas.

Factores sociales. El liderazgo, el desarrollo profesional y la comunicación abierta dan motivación y apoyo al personal.

Cómo iniciar la tarea

Mejorar la organización del trabajo requiere que las personas aprendan a trabajar juntas en mejores formas. Una buena organización del trabajo es el resultado de abordar, integrar y gestionar en conjunto los nueve elementos de la prestación de servicios. Principios básicos como los siguientes sirven a manera de guía práctica:

- Eliminar las barreras innecesarias que restringen el acceso a los servicios;
- Equilibrar las necesidades de los clientes y las de los proveedores;
- Promover el trabajo en equipo, no pensar en términos jerárquicos;
- Planificar teniendo en cuenta las fluctuaciones comunes dentro de la prestación de servicios de salud;
- Brindar cada servicio en el establecimiento del nivel más básico factible;
- Dar autoridad al personal para recolectar y utilizar los datos; y
- Utilizar las intervenciones y enfoques más actualizados.

Cuando los programas aplican los principios de la buena organización del trabajo, se sirve mejor a los clientes, se logra tener proveedores más productivos y satisfechos y se utilizan los recursos con mayor eficacia.

Este informe fue preparado por Vidya Setty, MPH. Bryant Robey, Redactor. Stephen M. Goldstein, Gerente de Redacción. Richard Blackburn, Analista Superior de Investigaciones. Diseño de Linda D. Sadler. Producción a cargo de John Fiege, Peter Hammerer, Mónica Jiménez, y Deborah Maenner.

Este número de **Population Reports** conto con la colaboración de los miembros del Subcomité MAC para la Organización del Trabajo: William Boyd, Alison Ellis, Marc Luoma, Rashad Massoud, Erin Mielke, Edgar Necochea, James D. Shelton, Amy Shire, Sarah Thomsen, y Marcel Vekemans.

Agradecemos a los siguientes revisores la asistencia prestada: Bruno Benavides, Elizabeth Ekochu, Pape Gaye, Benjamin Lozare, W. Henry Mosley, Malcolm Potts, Pramilla Senanayake, Shalini Shah, y Monica Jasis Silberg.

Cita sugerida: Setty, V. *Organizando mejor el trabajo. Population Reports*, Serie Q, No. 2. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, INFO Project, invierno de 2004. Disponible electrónicamente en:

<http://www.populationreports.org/prs/sq02/>

The INFO Project
Center for Communication Programs
The Johns Hopkins Bloomberg
School of Public Health

Jane T. Bertrand, PhD, MBA, Profesora y Directora, **Center for Communication Programs** e Investigadora Principal, INFO Project

Ward Rinehart, Director de Proyectos

Linda D. Sadler, Directora de Redacción de Ediciones en Idiomas Extranjeros de **Population Reports**

Population Reports (USPS 063-150) is published four times a year (winter, spring, summer, fall) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the INFO Project of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland, and other locations. Postmaster to send address changes to **Population Reports**, The INFO Project, Johns Hopkins Center for Communication Programs, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Population Reports tiene por objeto proporcionar información precisa y bien documentada sobre los avances importantes en planificación familiar y asuntos de salud relacionados. Las opiniones aquí expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Universidad Johns Hopkins.

Este informe se produce gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, de Global, GH/POP/PEC, bajo los términos de la Subvención No. GPH-A-00-02-00003-00.



Qué significa la organización del trabajo

Muchos de los problemas relacionados con la prestación de servicios pueden comprenderse y resolverse de mejor manera viendo la organización desde una perspectiva global. Típicamente, el sistema de prestación de servicios abarca diferentes unidades geográficas, departamentos y niveles —entre éstos, el central, el regional y el comunitario. Reflexionar sobre la forma en que está organizado el trabajo ayuda a los gerentes y proveedores a través de todo el sistema a ver su organización como un conjunto de recursos (incluidos infraestructura, suministros y centros asistenciales a donde remitir a los pacientes) y procesos (como la programación de citas de clientes y la gestión de información) interdependientes que cambian y evolucionan en respuesta a las necesidades de los clientes y del personal. Concepto de organización del trabajo examina si los diferentes elementos de una organización trabajan juntos, funcionan con eficacia y se concentran tanto en las necesidades de los clientes como de los proveedores.

En el sector privado, los conceptos que ayudan a las organizaciones a enfocarse en mejorar el servicio al cliente reemplazaron hace mucho tiempo a enfoques gerenciales anteriores que se concentraban en la ejecución de tareas. También en el campo de la atención de salud, conceptos centrados en el cliente y los servicios, en lugar de las tareas, guían cada vez más la prestación de servicios. Ahora, la Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad (MAC) ha aplicado el concepto de la organización del trabajo para facilitar servicios más orientados hacia el cliente en planificación familiar así como en otras áreas de la salud reproductiva.

Organizar mejor el trabajo no tiene que ser complicado ni llevar demasiado tiempo. A menudo, cambios sencillos en los procesos y procedimientos pueden contribuir a corregir grandes problemas relacionados con el trabajo. Por ejemplo, redistribuir el volumen de trabajo entre los proveedores, eliminar los pasos innecesarios del procedimiento, o realizar ciertas tareas simultáneamente en lugar de una seguida de otra, puede mejorar los servicios a la vez que ahorra tiempo y dinero.

El concepto de organizar el trabajo puede ayudar a abordar nueve elementos clave que, si se descuidan, interfieren con el acceso a los servicios y la calidad de estos. Los elementos se aplican en diferentes niveles de la prestación de servicios: el sistema de salud, el establecimiento y el personal (ver la figura a la derecha).

Para cada uno de estos elementos, el Subcomité de Organización del Trabajo de la Iniciativa MAC ha identificado varios principios básicos que ayudan a los empleados a lograr mejoras. Estos principios reflejan la experiencia y opinión experta del Subcomité. Si bien provienen principalmente de la planificación familiar y otros programas de salud reproductiva, también es posible aplicarlos a una gama de otros servicios de atención de salud.

El cuerpo de este informe consiste en nueve secciones que tratan cada uno de los nueve ele-

mentos clave de la organización del trabajo. Cada sección describe y discute los principios que guían el desempeño eficaz. Además, cada sección incluye uno o más recuadros, “Principios en acción”, que presentan brevemente experiencias de diferentes países. La sección final ofrece consejos prácticos y herramientas para ayudar a los gerentes y proveedores a llevar los elementos y principios a la práctica.



1 Uso de prácticas basadas en evidencias

Cada vez con mayor frecuencia, los sistemas de salud están utilizando un enfoque que se fundamenta en evidencias, es decir, basan sus guías, estándares y prácticas en evidencia científica sobre la seguridad, eficacia y eficiencia (18, 44). La adopción de prácticas y procedimientos basados en evidencias puede eliminar las barreras innecesarias que se interponen a la atención, permitiendo así una mejor prestación de servicios de salud (45, 104).



Michelle Berdy para JHU/ICCF

En un hospital-maternidad de la ciudad rusa de Novgorod, una mujer que acaba de ser madre atiende a su bebé. Tanto en Rusia como en otras partes del mundo más programas de salud y de planificación familiar están utilizando prácticas basadas en evidencias para mejorar la calidad de la atención que ofrecen.

Principios en acción

Rusia: Usar las evidencias como guía para mejorar la atención reduciendo los costos

En 1998, tres hospitales en Tver Oblast, Rusia, utilizaron un enfoque basado en evidencias con el propósito de mejorar la atención para la hipertensión inducida por el embarazo, disminuir el número de mujeres hospitalizadas por este problema y, al mismo tiempo, reducir los costos de atención. Basándose en su revisión de la evidencia científica, los expertos clínicos actualizaron los criterios diagnósticos y los procedimientos para tratamiento. Al tener estos nuevos, y más exactos, criterios diagnósticos, disminuyó drásticamente el número de mujeres innecesariamente diagnosticadas con hipertensión inducida por el embarazo, sin que desmejorara la calidad de la atención.

En los tres hospitales, el porcentaje de mujeres diagnosticadas con este tipo de hipertensión descendió de 44% de embarazadas en 1998 hasta menos de 6% en el año 2000. El número total de mujeres hospitalizadas por este problema en los tres hospitales disminuyó en un 77% entre 1998 y 2000. Además, el costo total promedio de atención, incluyendo hospitalización, medicamentos y pruebas de laboratorio, se redujo en un 87% (88, 89).

Principios para usar las prácticas basadas en evidencias

1 Utilizar las intervenciones y enfoques más actualizados.

Conocer y utilizar enfoques basados en la mejor evidencia disponible permite que las organizaciones puedan proporcionar la atención más eficaz en forma eficiente. Las guías —normas, estándares, protocolos y recomendaciones para la práctica— basadas en evidencias ayudan a los proveedores de salud a tomar buenas decisiones sobre aspectos específicos de la atención, como diagnosticar problemas médicos o proporcionar métodos anticonceptivos apropiados (19).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado Criterios Médicos de Elegibilidad, que orientan respecto a quiénes pueden utilizar los métodos anticonceptivos en forma segura, y Recomendaciones para la Actualización de Prácticas Seleccionadas, que guían sobre la forma segura y eficaz de utilizar los métodos. Esta orientación se basa en evidencias disponibles sobre la seguridad y el uso de anticonceptivos. Amplía el acceso de las personas a los servicios de planificación familiar al ayudar a asegurar que no se les niegue en forma inapropiada la opción de elegir entre la gama completa de métodos adecuados. (Para mayor información sobre los Criterios Médicos de Elegibilidad y las Recomendaciones para la Actualización de Prácticas Seleccionadas de la OMS, visite http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html.) Muchas organizaciones y programas nacionales han incorporado estas guías dentro de sus estándares.

No siempre existen disponibles estudios científicos concluyentes sobre eficacia y seguridad para justificar cada una de las prácticas de atención de salud. Las organizaciones pueden tratar de mantenerse al día respecto a las guías con validez científica disponibles nacionalmente, y luego modificarlas de acuerdo al contexto y recursos locales. En caso de no existir evidencia científica, las organizaciones deberían continuar basando sus prácticas en experiencia y en supuestos lógicos o adaptar prácticas que se usan en otros lugares. Se puede encontrar orientación sobre las mejores prácticas programáticas disponibles en el Compendio de Mejores Prácticas elaborado (en inglés) por Advance Africa en: (<http://www.advanceafrica.org/compendium/>).

2 Evitar las prácticas no comprobadas, que desperdician tiempo y recursos, y adoptar aquellas que han tenido impacto.

Los programas que reemplazan guías obsoletas por prácticas basadas en evidencias pueden brindar servicios en forma más eficiente (ver el recuadro de esta página). Por ejemplo, las prácticas actuales de atención prenatal recomiendan que las mujeres cuyos embarazos son normales visiten la clínica sólo cuatro veces, en lugar de asistir a visitas regulares más frecuentes. Al hacer una revisión sistemática de la evidencia existente, se descubrió que las visitas frecuentes no son necesarias (20). A menudo constituyen una carga para el sistema de salud y ocupan innecesariamente el tiempo de las clientas y de los proveedores (79, 124).

Las nuevas prácticas recomendadas requieren también que las familias elaboren planes de preparación para el parto: a fin de decidir previamente quién atenderá el parto, dónde se llevará a cabo y qué hacer en caso de surgir complicaciones. Este enfoque en la preparación reemplaza al “enfoque en el riesgo”, el cual identificaba a las mujeres con embarazos de alto riesgo a fin de poder remitirlas a otros centros para recibir atención especializada. Después de más de 10 años de experiencia, ha quedado demostrado que los factores de riesgo no logran distinguir eficazmente entre las mujeres que desarrollarán y las que no desarrollarán complicaciones (102).

Sirviéndose de las prácticas que se basan en evidencias, los gerentes pueden evitar aquellas que no funcionan bien o crean costos innecesarios. Por ejemplo, hay evidencia de que el manejo sintromico de la secreción vaginal no identifica con eficacia infecciones del cuello uterino como la gonorrea y la clamidia (24, 106). No obstante, el manejo sintromico sí sirve para diferenciar las úlceras genitales y, en los hombres, las causas de la secreción uretral (27, 85, 120).

3 Eliminar las barreras innecesarias que restringen el acceso a los servicios. Barreras médicas innecesarias, tales como los exámenes, estándares, criterios de elegibilidad o prácticas que no tienen validez comprobable científicamente, pueden impedir a las personas el acceso a los servicios (8, 21, 54, 82, 104, 108, 110). Además, pueden incrementar los costos para los clientes, hacerles perder su tiempo y restringir sus opciones (10).

Estas barreras innecesarias surgen por muchos motivos. Puede que las guías de prestación de servicios que configuran la práctica profesional no estén actualizadas. Puede que los proveedores malinterpreten o ignoren las guías de prestación de servicios y, en lugar de ellas, impongan barreras creadas por ellos mismos. Por ejemplo, los proveedores pueden imponer barreras sobre la base de género o raza, o contraindicaciones no apropiadas respecto al uso de un método, como la corta edad de una mujer o el reducido número de hijos que tiene (126).

Una práctica frecuente innecesariamente restrictiva consiste en negar a la mujer acceso a los anticonceptivos hormonales o el DIU si no está menstruando (16, 76, 104, 108, 109). Los proveedores quieren asegurarse de que la mujer no esté ya embarazada al momento de comenzar a usar el método. Es posible que los proveedores no sepan que pueden hacer otras preguntas a fin de estar razonablemente seguros de que una mujer no está embarazada. Esta barrera común puede reducirse utilizando una sencilla lista de verificación (109) (ver el diagrama a la derecha).

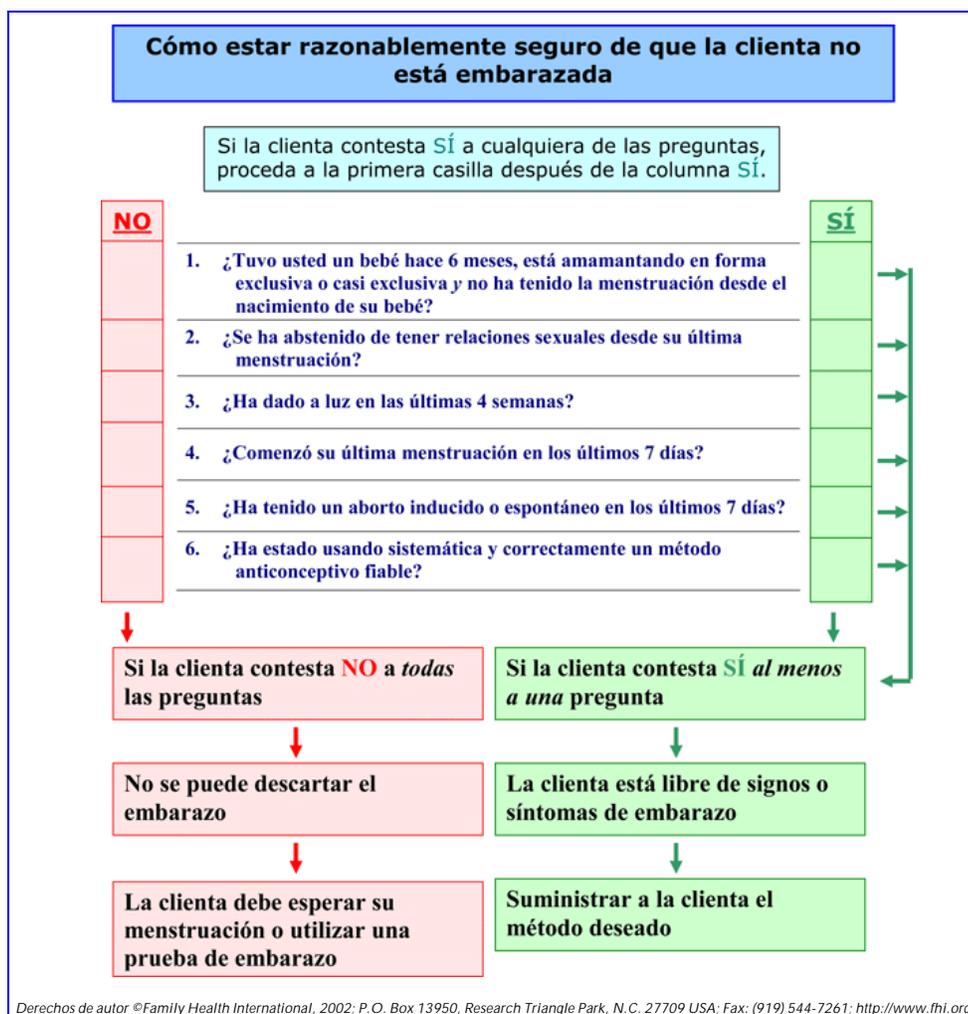
A menudo, los proveedores niegan el acceso a la planificación familiar a algunas mujeres porque desean proteger a las clientas de métodos anticonceptivos que ellos creen, incorrectamente, que ocasionan infertilidad u otros problemas de salud (6). Otros pueden tener prejuicios contra determinados métodos por su propia experiencia como usuarias, las experiencias de algunas de sus clientas o las de sus colegas, o por rumores que hace correr la gente. Es posible que los proveedores puedan superar tales barreras cuando las organizaciones corrigen las concepciones equivocadas y demuestran en términos prácticos en qué forma las creencias incorrectas pueden limitar las opciones de las clientas (ver el recuadro a la derecha, en la parte superior de esta página).

Principios en acción

Kenia: Eliminar las barreras innecesarias

Durante una evaluación de la calidad de atención en 1993, el personal de salud de la Asociación de Planificación Familiar de Kenia realizó una revisión de las prácticas y procedimientos clínicos. La misma reveló que algunos protocolos negaban innecesariamente servicios a las mujeres. Por ejemplo, uno de los protocolos exigía que las mujeres casadas obtuvieran el consentimiento de sus cónyuges antes de hacerse la oclusión tubárica, lo cual no era requerido ni por la ley de Kenia ni por los estándares internacionales de atención médica.

Después de tener discusiones centradas en los derechos individuales de la mujer así como en el procedimiento médico, el personal clínico acordó que lo ideal era contar con el consentimiento del cónyuge pero que éste no debía ser un requerimiento. El personal también modificó otras regulaciones de la clínica que a menudo restringían servicios a las mujeres no casadas. Tales cambios en las prácticas clínicas eran un reflejo de un cambio positivo en la actitud de los proveedores hacia las clientas. "Igual que se confía en nosotros como proveedores para tomar decisiones, tenemos también que confiar en nuestras clientas y estar convencidos de que harán lo que es correcto para ellas", dijo uno de los empleados (13).



Principios en acción

Perú: Realizar entrevistas de egreso a los clientes mejora los servicios

En la localidad de Chiclavo, Perú, el Instituto Max Salud para Atención de Salud de Alta Calidad estableció un sistema para recibir retroalimentación de los clientes en dos centros de salud. En la Clínica Urrunaga, las entrevistas de egreso a los clientes revelaron que las esperas prolongadas traían como consecuencia mucha insatisfacción.

A fin de mejorar el flujo de clientes y reducir el tiempo de espera, la clínica comenzó a repartir fichas numeradas, de diferente color según el tipo de servicio, a medida que los clientes llegaban a registrarse. Las fichas facilitaban y agilizaban el proceso de registro para los empleados y permitían a los clientes saber en qué orden serían atendidos y qué servicios recibirían. Además, la clínica proporcionaba suministros gratis durante las consultas, ahorrándoles así a los clientes el viaje a la farmacia.

2 Adaptabilidad

Hoy en día, las organizaciones dedicadas a la atención de salud se enfrentan a un gran número de desafíos: entre ellos, la epidemia del VIH/SIDA, el acelerado cambio social, la escasez de fondos y de personal, y cambios dentro de la propia prestación de servicios de salud, como la descentralización. En más, las organizaciones y los proveedores y gerentes en el campo de la salud deben adoptar una serie de enfoques adecuados a las diversas necesidades y situaciones cambiantes de distintos clientes. Las consultas periódicas con clientes, líderes comunitarios, diseñadores de políticas y otros interesados clave en los programas pueden ayudar a enfocar los programas hacia la satisfacción de las necesidades actuales más urgentes.

Principios de adaptabilidad

1 Modificar los enfoques según la necesidad. Las organizaciones tienen que prepararse para enfrentar los desafíos que surgen para abordar más eficazmente toda la gama de necesidades de sus clientes. Es necesario estar dispuestos y prestos a cambiar la manera de brindar los servicios. Por ejemplo, ahora en muchos países las maternidades deben considerar en qué forma tratar la transmisión madre-hijo del VIH. Además, la consejería de la planificación familiar debe incorporar el tema de la doble protección.

Con previsión y adaptabilidad, los programas pueden organizar el trabajo para hacer esos servicios accesibles y convenientes a las zonas más alejadas. En Acarape, Brasil, el centro de salud cambió sus horas de servicio para acomodar a los clientes provenientes de las zonas rurales. El personal del centro y el alcalde trabajaron también en cambiar los horarios de transporte para poder satisfacer mejor las necesidades de estos clientes (64).

2 Planificar teniendo en cuenta las fluctuaciones comunes dentro de la prestación de servicios de salud. Toda organización de salud se enfrenta a variaciones en cuanto a la demanda de clientes, abastecimiento de suministros, disponibilidad de personal y otros factores directamente relacio-

nados con la prestación de servicios. De hecho, estos cambios de situación son a menudo la norma. Los gerentes y proveedores deben tener establecidos procedimientos para el caso. Los programas de planificación familiar pueden elaborar planes de respaldo para manejar las crisis en la prestación de servicios, como desabastecimientos en los suministros de anticonceptivos. Las clínicas pueden pedir prestados suministros de otro puesto de prestación de servicios o hacer pedidos de emergencia a una farmacia local. En Moldavia, dos centros de salud distritales intercambiaron suministros para evitar desperdiciar anticonceptivos cuya fecha de vencimiento estaba próxima (52). Incluso si los programas cuentan con cadenas de abastecimiento confiables, los mecanismos de previsión para enfrentarse a los desabastecimientos pueden garantizar la continuidad.

Las organizaciones deben enfrentar la pérdida tanto temporal como permanente de personal. A fin de no interrumpir la prestación de atención, se puede reorganizar el volumen de trabajo y reasignar tareas específicas a otros empleados. Una manera de hacerlo es capacitar equipos en lugar de individuos (parte de un enfoque conocido como capacitación integral del sitio) (14). Las personas capacitadas pueden posteriormente hacerse responsables de compartir sus conocimientos y habilidades, y de capacitar a sus compañeros. Además, desarrollar planes para contratar personal de respaldo sin demora puede facilitar las épocas de escasez.

3 Buscar ayuda para hacer los cambios. Las organizaciones deberían pedirles a las partes interesadas sus opiniones y sugerencias respecto a cómo efectuar los cambios (61). Diversos interesados pueden hacer aportes, incluidos los miembros del directorio, los líderes de la comunidad, las organizaciones aliadas, los diseñadores de políticas y los donantes.

Los clientes y otros interesados pueden generar ideas y lograr consenso en cuanto a los cambios, incrementar su aceptación y reducir la resistencia a los mismos (72). Es más probable que los interesados tengan mayor grado de compromiso con las nuevas actividades programáticas si se les consulta desde el principio y se los involucra a través de todo el proceso de planificación.

Los clientes y otras partes involucradas pueden brindar retroalimentación mediante técnicas tales como entrevistas de egreso, entrevistas de seguimiento, discusión de grupos focales, cajas de sugerencias y reuniones con la comunidad (55, 96, 122) (ver el recuadro a la izquierda). La participación de la comunidad habilita a los individuos que la componen para resolver problemas y asegura que las mejoras se efectúen en función de las necesidades de los clientes (29, 65).

3 Vínculos con otros servicios y sitios

Tener buenos sistemas de referencia puede contribuir a que las clínicas de planificación familiar y otros establecimientos ofrezcan a los clientes la atención adecuada en el lugar correcto. Vincular los servicios con los puestos donde se brindan ofrece a los clientes acceso a atención apropiada en todos los niveles del sistema de salud: desde los establecimientos comunitarios de cuidado básico hasta los establecimientos distritales, regionales o los de nivel más alto donde se brinda atención especializada.

Los sistemas de referencia pueden proporcionar a los clientes acceso a una gama completa de servicios sin interrupción ni repetición innecesaria del diagnóstico o tratamiento.

Asimismo, permiten a los sistemas de salud ofrecer en un lugar central servicios que no tienen mucha demanda para estar disponibles en todas las clínicas.

Principios para la vinculación con otros servicios y sitios

1 Fortalecer los vínculos entre diferentes servicios. Los convenios de referencia entre establecimientos de salud otorgan a los clientes mejor y más rápido acceso a servicios especializados y atención de seguimiento. Todos los establecimientos en todos los niveles del sistema de salud deberían ser capaces de proporcionar referencias apropiadas. Por ejemplo, los centros de salud de la comunidad deberían poder referir a sus clientes a los establecimientos distritales y regionales, los establecimientos gubernamentales deberían poder referir a sus clientes a las clínicas no-gubernamentales y otros servicios locales, etc.

Los sistemas de referencia son vitales porque no todos los servicios pueden, ni deben, ser ofrecidos en todos los establecimientos (ver el recuadro a la derecha). Por ejemplo, no todos los puestos de prestación de servicios cuentan con el equipo y los proveedores capacitados que se requieren para la inserción de los DIU y los implantes, o para realizar procedimientos de esterilización.

En ciertos tipos de servicios la capacidad del sistema de salud para coordinar el transporte es una parte crucial de sus vínculos de prestación de servicios. Los establecimientos pueden trabajar con anticipación con las organizaciones comunitarias o los sindicatos para procurar transporte de emergencia (87). En Kolokani, Malí, las contribuciones de la comunidad y de pacientes individuales mantienen el sistema de transporte y referencia para las mujeres que necesitan atención de emergencia durante el trabajo de parto y el parto (7).

Las organizaciones necesitan asegurarse de que el personal comprenda cuán valiosa es la referencia y que esté familiarizado con los procedimientos de hacerla. A menudo, tener listas con los nombres de personas a contactar para los servicios y lugares de referencia, así como información sobre horas de funcionamiento y precios, facilita que el personal refiera a los clientes.

2 Utilizar fuentes de referencia tanto internas como externas. Los programas pueden establecer procedimientos para utilizar mejor las referencias internas así como las referencias entre diferentes establecimientos. Un establecimiento que ofrece múltiples servicios puede coordinar servicios y programar procedimientos entre sus departamentos. Luego, los clientes pueden programar sus citas con otros proveedores dentro del establecimiento el mismo día. Los establecimientos también pueden proporcionar conjuntamente servicios afines, de manera que los clientes no tengan que repetir las visitas o esperar más de una vez para ver a diferentes proveedores.

3 Brindar cada servicio en el establecimiento del nivel más básico que sea factible. Los programas pueden proporcionar servicios en lugares convenientes a través de la comunidad a fin de minimizar la distancia que los clientes deben recorrer para ver a los proveedores. A menudo, los enfoques comunitarios son la única forma de llegar a las mujeres que no pueden dejar el hogar (22, 23). También son útiles en las zonas rurales cuya población no es suficiente como para establecer un puesto de salud.

En aquellos lugares donde los programas no proporcionan servicios en el hogar, pueden ofrecer educación y referencias en la comunidad. En Botswana, por ejemplo, el primer

Principios en acción

Pakistán: Establecer un sistema de referencia orientado a las clientas

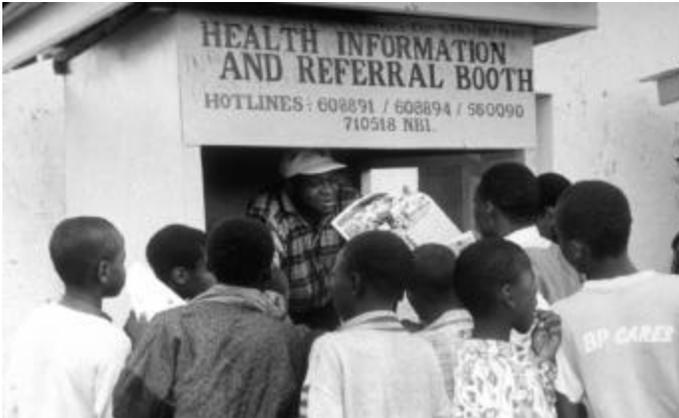
Desde 1995, los servicios de salud reproductiva en Pakistán han estado vinculados nacionalmente mediante una red de más de 12.000 médicos privados, farmacéuticos y “damas visitadoras de salud” (personal femenino que maneja pequeñas clínicas o hace visitas a domicilio) que forman parte del programa nacional “greenstar”. La red incluye las clínicas que pertenecen al Programa “greenstar” además de aquellas de sus contrapartes no gubernamentales y otros establecimientos de salud. Cada año, las clínicas de la red proveen servicios a varios millones de mujeres, particularmente mujeres de bajos ingresos. Entre estos servicios están la planificación familiar, suplementos nutricionales, tratamiento de infecciones del tracto reproductivo e ITS, y atención prenatal y postnatal.

Los proveedores brindan servicios de planificación familiar de acuerdo a la posición que ocupan en la red de referencia. Las clientas que buscan servicios no ofrecidos por un determinado proveedor de “greenstar” son referidas a otros proveedores dentro de la misma red. Por ejemplo, las proveedoras y los médicos de “greenstar” refieren a las clientas que solicitan métodos anticonceptivos quirúrgicos u otros servicios especiales a las clínicas de “greenstar Plus”. En forma similar, las damas visitadoras de salud y los farmacéuticos, que proporcionan únicamente métodos anticonceptivos no clínicos, como condones y anticonceptivos orales, pueden referir a las clientas a profesionales femeninas de “greenstar” para servicios relacionados con los DIU. De este modo, las clientas de la red “greenstar” tienen acceso a la más amplia gama de servicios de salud posible. La coordinación y comunicación entre los proveedores de la red se facilita a través de mecanismos de registro, tarjetas de referencia, reuniones en grupo, capacitación y cursos de refrescamiento (3, 43).



Una enfermera en Karachi administra un anticonceptivo inyectable. Los programas que cuentan con una red de referencias ayudan a garantizar el acceso de las clientas a una gama de servicios en los niveles apropiados del sistema de salud.

punto de contacto más frecuente para planificación familiar que tiene el público es un educador de bienestar familiar. El educador no tiene autorización para prestar servicios clínicos ni para suministrar anticonceptivos pero, en lugar de esto, ofrece educación sobre la salud, asesora a los clientes sobre sus opciones de planificación familiar y les da referencias para las clínicas de planificación familiar (8).



Jóvenes en Nairobi visitan un puesto de información de salud durante un torneo de fútbol. Los programas pueden ampliar su alcance proporcionando servicios dentro de la comunidad, incluidos los servicios puerta a puerta.

Principios en acción

Kenia: Mejorar los vínculos internos

A principios de los años noventa, el Ministerio de Salud de Kenia junto con la Asociación de Salud Cristiana del mismo país, implementaron un plan para mejorar los vínculos entre las unidades y los departamentos del hospital de esta Asociación. El plan fue desarrollado después de que entrevistas con clientas de atención prenatal, de bienestar infantil y de la unidad de maternidad revelaron que muchas tenían interés en la planificación familiar pero pocas habían recibido información sobre la misma. En entrevistas posteriores con el personal se descubrió que prácticamente no había intercambio entre la clínica de planificación familiar y otras unidades.

Para mejorar las referencias internas y el intercambio de información, el personal de los diferentes departamentos se puso de acuerdo en implementar un sistema de referencia para planificación familiar dentro del hospital y discutió planes para rotar al personal de otras unidades por la clínica de planificación familiar. Con esa experiencia, estos empleados podrían ofrecer ciertos anticonceptivos directamente en las unidades e identificar mejor a posibles clientes de planificación familiar.

Encuestas de seguimiento efectuadas seis meses después revelaron que un mayor número de clientes estaba recibiendo información sobre planificación familiar en las unidades. Por ejemplo, el porcentaje de clientas de atención prenatal que recibían servicios individuales de planificación familiar había incrementado de 6% a 29%. El porcentaje de mujeres en las unidades de maternidad que obtuvo información sobre planificación familiar en charlas grupales aumentó de 20% a 65%, mientras que el porcentaje que recibió un método anticonceptivo antes del alta del hospital subió de 2% a 15% (69).

Los programas pueden promover alianzas entre las comunidades a las que sirven y el sistema de salud. En Ghana, el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud de Ghana se unieron a los sistemas de atención tradicionales a nivel local. Se conectó a las parteras tradicionales y a los médicos de los centros de salud a través de radios de dos vías. Un vehículo motorizado de tres ruedas fue adaptado para transportar a las mujeres. Con este sistema, las parteras tradicionales pudieron referir a más de 1.000 mujeres para atención obstétrica de emergencia en 1996, el triple de las 342 mujeres referidas en 1995 (51, 83).

Minimizar el papeleo, 4 maximizar el uso de información

Reunir información actualizada, confiable y pertinente es de crucial importancia para analizar las operaciones, resolver problemas, identificar tendencias, establecer metas y usar los recursos en forma sensata. Los gerentes pueden instar al personal a que reúna y utilice solamente los datos esenciales. Recolectar demasiada información puede llevar a malgastar tiempo, producir papeleo innecesario y confundir en lugar de aclarar el proceso de toma de decisiones.

Principios de la gestión de información

1 No recolectar más de lo que es necesario. La información reunida por los gerentes y proveedores debe estar directamente relacionada con las decisiones que tienen que tomar. Por ejemplo, los gerentes de abastecimientos únicamente necesitan datos de su propia organización para saber cuándo es necesario pedir más suministros (36, 115).

Los gerentes de programas al nivel del distrito o la provincia necesitan recolectar no solamente los datos locales. Por ejemplo, contar con datos nacionales y locales puede ayudar a los administradores a comparar el rendimiento de sus programas con el de otros programas y, posiblemente, a identificar áreas donde introducir mejoras (99).

Reunir sólo los datos esenciales reduce el papeleo. Los gerentes y proveedores pueden decidir qué datos recolectar examinando los objetivos de la organización y seleccionando indicadores que midan si se ha logrado alcanzarlos (73). Por ejemplo, antes de 1997, en el distrito del Cabo Oriental en Sudáfrica, los establecimientos de salud recolectaron y enviaron enormes cantidades de datos por los canales de información. Mucha de la información reunida era innecesaria, y los pocos datos útiles se perdieron en medio de la maraña de números. Los gerentes de la clínica y el hospital determinaron cuál era la información esencial para el funcionamiento eficaz de sus establecimientos y seleccionaron los indicadores mensurables apropiados. De este modo, incrementó el valor de los datos para los establecimientos, en tanto que el volumen de datos reportados a los canales de información decreció (33).

2 Aprovechar en buena forma lo que se recolecta. Los gerentes deben ser capaces de analizar los datos que recolectan y de actuar en base a ese análisis. Una vez recolectados, los datos deben tabularse y resumirse en informes para facilitar el acceso y el análisis. Para que sean útiles, los datos deben convertirse en información fácilmente comprensible y entregarse al personal de programas (ver el recuadro de la página 9).

Es importante tener un plan para compartir con otros la información a fin que de los datos correctos lleguen a las personas precisas en forma útil. Como primer paso, crear una tabla de flujo de información que sintetice el movimiento interno de los datos puede ayudar a los gerentes a identificar qué tipo de información necesitan ciertos empleados, cómo la utilizarán y cuán detallada debe ser. Esta tabla de flujo ayudará al personal a comparar entre las prácticas actuales y las deseadas, y a enmendar las brechas (123).

3 Dar autoridad al personal para recolectar así como para utilizar los datos. Cuanto más pertinentes sean los datos para las labores del personal de programas, mayor será la probabilidad de que ese personal recolecte los datos oportunamente y con exactitud (66). Es más probable que los empleados utilicen los datos programáticos si comprenden cabalmente en qué forma utilizarlos para identificar los problemas o mejorar los servicios (15). Los gráficos y diagramas pueden ser herramientas útiles. Por ejemplo, en los centros de salud materno-infantil y planificación familiar de Estambul, Turquía, los empleados reconocieron que al utilizar un gráfico de pared para anotar el número de clientes de planificación familiar junto con las existencias de DIU, píldoras y condones mejoró su capacidad de monitorear los suministros y de evitar quedar desabastecidos (32).

4 Brindar retroalimentación sobre los datos recolectados. Los gerentes pueden demostrarles a los proveedores la importancia de los datos brindándoles retroalimentación sobre la información recolectada y utilizada. La retroalimentación es, además, una manera de mostrar aprecio al personal por sus esfuerzos y una motivación para ocuparse regularmente del mantenimiento del sistema de información. A fin de brindar retroalimentación constructiva, los gerentes deben determinar si se están suministrando datos para todos los indicadores clave, si se han identificado todas las brechas en la recolección de información, si la información es exacta y confiable, y si las decisiones o acciones están basadas en los datos (123). Si los empleados cometen muchos errores al recolectar, tabular o analizar los datos, puede ser necesario que los gerentes rediseñen o simplifiquen los formularios clínicos, o que capaciten al personal a fin de reducir el margen de error (115).

El establecimiento

5 Factores físicos

Los factores físicos que hay que administrar para organizar mejor el trabajo incluyen los suministros y equipo necesarios para brindar atención, así como el espacio del lugar de trabajo. Las decisiones sobre el uso del espacio disponible en la clínica deben guiarse según lo que sea conveniente tanto para los clientes como para los proveedores.

Principios de los factores físicos

1 Alentar al personal a que use su creatividad para usar los equipos y suministros. A nivel mundial, prácticamente todas las organizaciones de salud tienen que hacer frente a la escasez de recursos. Las organizaciones que aprovechan bien sus recursos no dejan que esas restricciones les impidan hacer lo mejor que puedan. Aprovechar bien los recursos significa encontrar formas creativas de resolver los problemas utilizando los recursos que uno tiene a mano. Por ejemplo, cuando un hospital de Tanzania vio que no tenía suficientes camas, los empleados recurrieron a reparar las que estaban rotas soldando a los armazones malla de alam-

Principios en acción

India: Utilizar eficazmente los datos

Trabajadores de salud de India en un hospital rural de Bhorugram, Rajasthan, utilizaron datos sobre las tasas de abandono de inmunización para lograr una mejora extraordinaria en la cobertura de inmunización infantil. A principios de los años noventa, el hospital instaló un sistema computarizado para recolectar y administrar datos sobre los clientes. Con el acceso al nuevo sistema, los proveedores de servicios descubrieron que menos de la mitad de los niños de la zona recibían inmunización completa contra las seis enfermedades infantiles más graves. La Cumbre para la Niñez realizada en 1990 había fijado como meta inmunizar a 90% de los niños menores de un año de edad para el año 2000 (117).

Sobre aviso de la gran brecha existente entre las tasas de inmunización reales y las recomendadas, el personal del dispensario comenzó una campaña a través de la comunidad. Los trabajadores de salud comunitarios y las enfermeras obstétricas auxiliares del hospital visitaron los 40 poblados aledaños instando a los padres a vacunar a sus niños.

El número de inmunizaciones infantiles aumentó en forma asombrosa. En 1996, por ejemplo, 82% de los niños de la comunidad tenían inmunización completa, en comparación con apenas 45% en 1992, antes de que se iniciara la campaña. Alentados por su éxito, los administradores de la clínica se están sirviendo de trabajadores comunitarios para promover otros servicios básicos de salud, como la atención prenatal y la planificación familiar (105).

bre disponible en la localidad (30). En Mongolia, durante un invierno particularmente crudo, el personal del hospital selló las ventanas para impedir que entrara el frío, cosió gorros para los recién nacidos y contactó a una compañía local a fin de que donara ropa gruesa y mantas (52).

A menudo, el suministro de agua y electricidad escasean. En lugar de depender de éste, las clínicas pueden juntar agua de lluvia y utilizar gas o leña para generar calor o, en lugares donde sea factible, sistemas de calefacción y refrigeración a energía solar (8, 74, 80). En un centro de salud rural de Camboya donde la bomba de agua estaba rota, se podía obtener agua de un pozo de las cercanías y de un depósito de agua de lluvia. Pero el agua del pozo era turbia y el tanque de depósito no era cubierto, lo cual permitía que el polvo y los mosquitos contaminaran el agua. Para asegurarse de tener agua limpia, los miembros de la comunidad construyeron una cubierta de madera para el tanque de depósito (92).

Garantizar el aprovisionamiento adecuado de anticonceptivos, medicinas y otros suministros esenciales es aun más importante (53, 97). Para mantener una reserva constante de suministros, es necesario que las clínicas tengan buenas estrategias para administrarlos (101) (ver el recuadro en la parte superior de la página 10). Establecer procedimientos para casos de emergencia puede ser una alternativa útil (ver la página 6). Es necesario que el personal responsable de calcular y adquirir los suministros se comunique con los proveedores de primera línea, quienes conocen mejor las necesidades de los clientes.

2 Adaptar el espacio de la clínica de forma que convenga a clientes y proveedores. Los clientes prefieren clínicas que son limpias, organizadas y cómodas (96). Cualquier esfuerzo dirigido a hacer que la visita a la clínica sea más conveniente y a que las salas de espera reflejen las normas culturales y de género contribuye a que los clientes se sientan

cómodos. Por ejemplo, en lugares donde los esposos acompañan a sus esposas a la clínica pero la costumbre dicta que no pueden ingresar a ésta, tener una sala de espera aparte donde haya materiales educativos puede incentivar a las parejas a visitar la clínica (52).

Rediseñar el espacio de trabajo puede asegurar mayor privacidad para los clientes; por ejemplo, cambiar de posición la mesa de examen para que los pies de los clientes no que-

den hacia la puerta, usar biombos y cortinas, y reducir el tráfico cerca de las salas de examen. Cambiar de lugar los goznes para que las puertas de las salas de examen se abran hacia fuera también puede dar mayor privacidad (12).

Modificar la forma de utilizar el espacio puede contribuir a facilitar el trabajo del personal. Por ejemplo, la proximidad entre áreas de trabajo de los empleados puede influir en la facilidad de realizar los procedimientos y en el tiempo que estos llevan (94) (ver el recuadro a la izquierda, en la parte inferior de esta página).

Principios en acción

Turquía: Aumentar “algo extra” a los suministros de anticonceptivos

En 1996, la dirección de Salud Materno-infantil y Planificación Familiar del Ministerio de Salud turco adoptó un plan para mejorar la disponibilidad de anticonceptivos. Desarrolló un sistema de distribución de anticonceptivos conocido como “algo extra” para reabastecer regularmente los DIU, anticonceptivos orales y condones a través de las 22 provincias de mayor prioridad del país.

Dentro de este sistema, distribuidores especialmente capacitados visitan cada cuatro meses todas las clínicas de las 22 provincias. En cada clínica el distribuidor cuenta el número de insumos existentes, calcula el consumo mensual promedio en los cuatro meses previos, en base a este número calcula los insumos que se necesitarán en los siguientes cuatro meses y agrega “algo extra” para llegar a esta cantidad. Además, el distribuidor inspecciona el depósito de la clínica y hace sugerencias para corregir problemas.

Una evaluación del sistema realizada en el año 2000 encontró que se habían obtenido muchos beneficios. Se habían identificado y desechado todas las existencias deterioradas y vencidas, y habían mejorado las condiciones de almacenamiento. Se había reducido considerablemente, y en algunos casos eliminado por completo, el desabastecimiento de anticonceptivos. Además, había habido un gran aumento en la distribución de anticonceptivos a los clientes (116).

Principios en acción

Brasil: Organizar el espacio para mejorar los servicios

En 1996, el director de la unidad sanitaria de Camaçari, Brasil, reorganizó la clínica para poder colocar más cerca unos de otros los servicios que estaban relacionados. Anteriormente los servicios estaban organizados al azar a través de las cuatro alas de la clínica, cuya estructura tenía la forma de una “H”. La unidad se rediseñó para convertir cada una de las cuatro alas en áreas de servicio separadas destinadas a pediatría, atención de adultos, servicios para mujeres y administración, donde se crearon oficinas, salas de reuniones, una cocina y un comedor para los empleados.

Dicha reorganización hizo más eficiente el flujo de clientes y proveedores, mejoró la prevención de infecciones e hizo el trabajo en la clínica más agradable y productivo. Por ejemplo, la sala de esterilización se trasladó al final del ala administrativa a fin de que menos personas pasaran a través o cerca de ella. Este cambio redujo el riesgo de que los transeúntes contaminaran el equipo ya esterilizado. El acceso a la farmacia se cambió a una sola puerta de entrada desde afuera, con lo cual se eliminó la congestión de personas que esperaban dentro del edificio para que les despacharan sus medicinas o anticonceptivos (95).

6 Horas de servicio y programación de citas

Al fijar los horarios de prestación de servicios, las organizaciones de salud deberían considerar las necesidades de los clientes así como las de los proveedores. Cuando se les ofrece horas convenientes, programación flexible de citas y seguimiento para garantizar la continuidad de atención, es más fácil para los clientes obtener los servicios (17). Los proveedores pueden rendir mejor en su trabajo si durante el día tienen tiempo suficiente de cumplir con otras responsabilidades fuera de atender a los clientes, como completar el papeleo, además de descansos adecuados.

Principios para ajustar las horas de servicio y la programación de citas

1 Basar las horas de servicio de la clínica y la programación de citas en las necesidades tanto de los clientes como de los proveedores. Cuando las horas de servicio y la programación de citas toman en cuenta sus necesidades, se benefician tanto los clientes como los proveedores. Las horas en que está abierta la clínica pueden, sin querer, restringir el acceso de los clientes (48, 78, 100). Los varones pueden desalentarse si las horas de atención diurnas les crean un conflicto con sus horarios de trabajo, forzándolos a escoger entre buscar atención médica o perder la paga de un día (119).

Los clientes acceden mejor a los servicios de salud cuando las clínicas anuncian sus horas de funcionamiento y se adhieren a ellas (75). Además, los clientes desean tener tiempo adecuado para hablar con los proveedores. Cuando se les da ese tiempo es más probable que regresen para seguimiento (5, 56). Gozando de tiempo adecuado, los proveedores pueden instar a los clientes a hacer preguntas y asegurarse de que han entendido las instrucciones (59, 118).

Tomar en consideración la situación en que se encuentra el proveedor es igual de importante que programar las citas pensando en las necesidades de los clientes. Es posible que los proveedores no puedan atender a los clientes a ciertas horas del día porque tienen que ocuparse del papeleo, o que necesiten acortar la duración de cada cita porque su volumen de casos es demasiado pesado (66, 67, 86). En esos casos, las clínicas pueden cambiar sus procedimientos —por ejemplo, programar los preparativos para los servicios antes o después de las horas de atención clínica a los clientes (75).

2 Comunicar claramente las guías respecto al seguimiento. Las clínicas deberían tener establecido un sistema para facilitar que los clientes regresen en busca de atención según lo requieran (ver el recuadro de la página 11). Los proveedores de planificación familiar pueden explicar las razones por las cuales los clientes regresan de rutina y discutir con cuánta frecuencia deben hacerlo. Además, es necesario que los proveedores se aseguren de hacer el seguimiento apropiado

para el método anticonceptivo. Por ejemplo, los proveedores pueden proporcionar a las mujeres suministros de anticonceptivos orales que duren por un año, sin ser necesario que ellas regresen antes a la clínica, a no ser que se presenten problemas (125).

Informar a los clientes cuándo y dónde deben regresar les aclara si necesitarán atención de seguimiento. Los proveedores necesitan hacer distinción entre atención de rutina y de emergencia, y explicar por separado las razones por las cuales deben ir a ver a un médico o enfermera de inmediato, como signos de posibles complicaciones asociadas con el método de planificación familiar escogido por el cliente (46). Los estudios demuestran que muchos proveedores discuten la visita de seguimiento y rastrean cuándo los clientes regresan, pero otros no lo hacen en forma constante (6, 58, 75, 112).

Programar las citas por adelantado estimula a los clientes a que regresen a las visitas de seguimiento. Los programas con vínculos basados en la comunidad pueden mantener relaciones con los clientes mediante las visitas a domicilio que efectúan trabajadores de salud (113). Incluso se puede hacer el seguimiento de una esterilización femenina o vasectomía en una visita al domicilio (46).

3 Adaptar el rol de salvaguardia de acuerdo a la necesidad. El papel de salvaguardar que cumple el proveedor a menudo afecta cómo y cuándo los clientes reciben los servicios (103). Los proveedores son salvaguardias en el sentido de que manejan el plan de tratamiento del cliente. Tienen autoridad para decidir un curso de atención y ya sea brindar ellos mismos los servicios o referir a otros a los clientes. Los proveedores deben asegurarse de no imponer obstáculos médicos innecesarios (ver la página 5). En vista de que los clientes conocen sus necesidades en cuanto a la planificación familiar, en lo posible, deben ser las preferencias del cliente, no las del proveedor, las que guíen las decisiones sobre la atención de salud (118).

Pero los proveedores de salud no son los únicos salvaguardias en una clínica. El personal de recepción, los guardias de la clínica y cualquiera que influye en el acceso del cliente a los servicios lo es también. Los gerentes pueden garantizar que estos salvaguardias faciliten lo más posible a los clientes la obtención de servicios. Pueden informar a los empleados acerca de la ubicación y horario de todos los servicios disponibles, establecer y poner a la vista los procedimientos para registrar a los clientes y requerir que los guardias mantengan la clínica abierta a todos durante las horas de atención.

7 Flujo de clientes

Mejorar el flujo de clientes puede evitar embotellamientos que ocasionan demoras y reducen la calidad de atención. A menudo, un flujo deficiente de clientes origina esperas largas que desaniman a los clientes de ir a buscar servicios (26, 122). Las clínicas pueden mejorar el flujo de clientes mejorando la planificación y asignando los recursos.

Principios del flujo de clientes

1 Equilibrar el volumen y el flujo de clientes. Mejorar el flujo de clientes puede contribuir a disminuir el tiempo de espera para los clientes, aumentar el número de clientes que un proveedor atiende cada día o permitir que los proveedores dediquen más tiempo a cada cliente (52) (ver el recuadro de la página 12). Cuando pasan menos tiempo esperando y

más tiempo conversando con el proveedor, los clientes quedan más satisfechos con los servicios (96).

Analizar los patrones de flujo de los clientes puede ser útil. En este análisis, se registra una muestra de las horas de llegada de los clientes y la cantidad de tiempo que pasan en contacto con el personal (70). Resumiendo y graficando estos datos, los gerentes pueden calcular cuánto tiempo pasan los clientes esperando en comparación con cuánto tiempo ven a los proveedores, e identificar dónde ocurren las mayores demoras.

Las causas de las esperas largas varían; y también sus soluciones. Si debido al gran número de clientes los proveedores deben sufrir retrasos en ciertos momentos del día, pero en otros atienden a pocos clientes, cambiar las horas de pro-

Principios en acción

Senegal: Mejorar la continuidad de la atención

En 1998 y 1999, la organización de planificación familiar en Senegal llamada Association Sénégalaise de Bien-Être Familial, efectuó un ejercicio sobre mejoramiento de calidad en una clínica de la ciudad costera de St. Louis. Analizando las estadísticas de servicios, el equipo de calidad descubrió que muchos clientes no regresaban a sus citas de seguimiento.

Usando el sistema de archivos, la clínica estableció una forma de determinar cuáles clientes no regresaban para seguimiento.

Luego, esos clientes fueron visitados por trabajadores comunitarios en sus hogares para averiguar por qué no habían regresado a la clínica. Los trabajadores les explicaron por qué era necesario el seguimiento y les animaron a visitar la clínica nuevamente. Al mismo tiempo, los proveedores de la clínica comenzaron a poner énfasis en la importancia del seguimiento durante las sesiones de consejería con los clientes. Les indicaron específicamente cuándo y dónde tenían su próxima cita, y programaron la cita de tal manera que coincidiera con las necesidades de reabastecimiento de anticonceptivos de cada cliente. Como resultado de ello, el número de clientes que regresó en busca de servicios aumentó constantemente: desde menos de 100 clientes por mes en 1998, antes de poner en efecto la estrategia, hasta más de 400 por mes en mayo de 1999, después que la misma se implementara (37, 81).



Una trabajadora de salud de una clínica en Nigeria, charla con las clientas sobre métodos anticonceptivos mientras esperan su turno para recibir consejería individual. Reducir el tiempo de espera puede aumentar la satisfacción de los clientes.

gramación de citas de los clientes puede reducir las esperas (5, 50, 121). Si los proveedores necesitan acomodar a clientes imprevistos entre medio de los que tenían hora fijada, la clínica puede incentivar que se hagan más citas prefijadas o puede planificar que haya más tiempo entre las citas programadas (52).

Algunas veces, no hay establecido ningún procedimiento de registro de pacientes. Distribuir a los clientes tarjetas numeradas al llegar y llamarlos por número puede reducir el tiempo

Principios en acción

Malawi: Responder a las necesidades de los clientes y de los proveedores

En 1996, el personal de un hospital de distrito de Malawi efectuó un análisis del flujo de clientes para evaluar el tiempo de espera. Descubrieron que, en promedio, los clientes esperaban más de dos horas para ser atendidos pero pasaban solamente un promedio de dos minutos en contacto directo con un proveedor. Las largas esperas eran consecuencia de la práctica de dar previamente una charla educativa sobre la salud. Por lo tanto, muchos de ellos tenían que esperar mientras otros eran atendidos. En vista de que se esperaba a que llegara un cierto número de clientes antes de dar la charla, los proveedores tenían períodos de tiempo desocupado y luego realizaban las sesiones de consejería a toda prisa para compensar el retraso.

A fin de superar este problema, la clínica eliminó las charlas educativas en grupo. Los proveedores atendían a los clientes individualmente apenas llegaban y les brindaban la misma información que en las charlas en grupo anteriores. Este cambio permitió a los proveedores pasar, en promedio, 10 minutos con cada cliente, dejando el tiempo necesario para contestar preguntas y tratar las cuestiones de salud de más interés e importancia para cada cliente. En el caso de los clientes de planificación familiar, los tiempos de espera se redujeron en dos terceras partes y en el caso de las clientas prenatales, en más de tres cuartas partes. Este cambio, además, contribuyó a aliviar la presión que soportaban los proveedores (40, 66).

de espera y aumentar la satisfacción de los clientes con los servicios, tal como hizo una clínica en Camboya (91). Asimismo, proyectar videos o tener disponibles panfletos educativos en la recepción puede mantener ocupados a los clientes mientras esperan.

2 Mejorar el flujo de clientes utilizando signos, fijando carteles con instrucciones y simplificando el trayecto. Las organizaciones pueden mejorar el flujo del trabajo y dirigir a los clientes a través de la clínica colocando signos y gráficos. Los signos que comunican las políticas vigentes en la clínica pueden hacerles saber a los clientes cuándo los verá el proveedor de servicios. Por ejemplo, colocar en un lugar visible signos especificando que se atenderá primero a los clientes con hora prefijada y después a los clientes imprevistos (12).

Muchas veces las organizaciones pueden mejorar el flujo de trabajo reduciendo el número de pasos requeridos para entregar un servicio en particular, acortando el tiempo de espera de los clientes entre un paso y otro, y eliminando los embotellamientos del proceso. Por ejemplo, en 1999 en Jordania, el personal del hospital dividió el departamento de emergencia en tres secciones. Primero, se examinaba a los pacientes en un área de pre-examen. Luego se los trasladaba a una sección recién diseñada para seleccionar quiénes necesitaban atención inmediata y quiénes podrían referirse al departamento de pacientes externos. Estos cambios contribuyeron a simplificar la prestación de servicios, a mejorar el movimiento de pacientes de una etapa a la siguiente y a reducir las líneas de espera (107). En los establecimientos de planificación familiar se pueden implementar líneas rápidas de atención para los clientes que regresan a la clínica a hacerse aplicar anticonceptivos inyectables, para que así, si estos clientes no tienen ningún problema, no se vean obligados a esperar junto con los clientes que reciben servicios que requieren más demora.

El personal

8 División del trabajo y diseño de cargos

Los trabajadores de salud desempeñan mejor su trabajo y obtienen más satisfacción del mismo si saben qué se espera que hagan y tienen autoridad para hacerlo. Además, el personal puede ser más eficaz y la organización puede cumplir mejor con sus objetivos cuando la cultura dentro de ésta y la estructura gerencial promueven el trabajo en equipo y se enfocan en el servicio a los clientes.

Principios de la división del trabajo y el diseño de cargos

1 Según sea apropiado, delegar la responsabilidad al proveedor de servicios del nivel más básico. Teniendo capacitación adecuada, las enfermeras y parteras pueden realizar muchos procedimientos, entre ellos, la inserción de implantes o de los DIU (2, 34, 38, 98). Las regulaciones o políticas que restringen tales prácticas a los médicos pueden limitar el acceso de los clientes a estos servicios. Proporcionar capacitación y autorizar que las enfermeras y parteras puedan insertar los DIU o den asesoramiento sobre la esterilización es una forma directa de ampliar el acceso a los servicios (ver el recuadro de arriba de la página 13).

2 Alinear la autoridad y la responsabilidad. Gran parte de quienes trabajan en el campo de la salud creen que tienen



Proveedores de planificación familiar en Indonesia practican las técnicas de inserción para los implantes Norplant con un modelo. Uno de los principios de la organización eficaz del trabajo es delegar la responsabilidad, por ejemplo, capacitando a las enfermeras para que puedan insertar implantes.

la responsabilidad de realizar las tareas pero no demasiada autoridad para tomar decisiones ni resolver problemas, lo que les ayudaría a desempeñar mejor su trabajo (41, 68). Cuando se faculta a los miembros del personal para tomar las decisiones que requiere el trabajo, son capaces de resolver mejor los problemas diarios por sí mismos, sin tener que recurrir a la guía o permiso de los supervisores (30, 31, 52). En el centro de salud distrital en Dar es Salaam, Tanzania, los clientes se avergonzaban de ir a buscar tratamiento para las infecciones de transmisión sexual (ITS). Ejerciendo su autoridad, la médica a cargo decidió eliminar el requerimiento de que los clientes con ITS vieran primero al proveedor de admisiones. En lugar de ello, se dispuso que los clientes pudieran ir directamente a la oficina de servicios relacionados con ITS. Este cambio aumentó la confidencialidad y redujo la probabilidad de que la experiencia fuera incómoda para los clientes y, a raíz de ello, evitaran los servicios (114).

Los proveedores a quienes se faculta de esta manera, tienen más dedicación a su trabajo y perciben tener mayor control sobre éste, en vez de verse a sí mismos simplemente siguiendo órdenes o instrucciones (39). Para facilitar que el personal tome decisiones y actúe, los gerentes pueden delinear claramente las responsabilidades mediante descripciones de cargos escritas, informar al personal que la administración espera y aprecia la iniciativa y participación, y proporcionar capacitación y supervisión a fin de fortalecer las habilidades para tomar decisiones.

3 Relacionar las responsabilidades de trabajo con las metas de la organización. Los gerentes pueden definir con claridad y documentar las responsabilidades de los empleados, explicarles la misión que cumple la organización e involucrarlos en interpretar lo que significa esa misión para su trabajo específico (84). Cuando los supervisores y proveedores colaboran mutuamente para definir las responsabilidades los proveedores tienden a comprender mejor lo que se espera de ellos y a actuar conforme a ello.

Cuando no existen descripciones de cargos escritas, la misión de la organización o una consigna o lema institucional pueden prestar soluciones provisionales o complementarias que ayuden al personal a comprender cuál es el rendimiento que se espera de ellos (4, 39). Un estudio realizado en Kenia reveló que una característica de los proveedores y supervisores en establecimientos de salud de alto rendimiento era que conocían los lemas de la organización, por ejemplo, "atienda bien a sus clientes y se irán a casa contentos", "hágalo usted mismo" y "qué bueno ser parte de una familia". Consignas como éstas incentivaban al personal a ser sensibles a las necesidades de los clientes, promovían la iniciativa propia y establecían expectativas generales de desempeño, incluso en ausencia de descripciones de cargos escritas o papeles claramente definidos (90).

4 Promover el trabajo en equipo y evitar pensar en términos jerárquicos. Muchas veces, las organizaciones tienen demasiados niveles en su estructura jerárquica, muy poca coordinación o mala comunicación interna. Este tipo de estructura puede representar un obstáculo para el buen desempeño.

En especial, las organizaciones jerárquicas tienden a promover únicamente el flujo vertical de la información, típicamente hacia abajo, desde los ejecutivos más altos a los supervisores, proveedores de servicios y finalmente otro personal subordinado. La comunicación vertical asegura que los papeles y las líneas de autoridad queden bien definidos (77). No obstante, el intercambio de información y la coor-

dinación horizontal de actividades, es decir entre empleados del mismo nivel en diferentes unidades, puede también contribuir a promover el trabajo en equipo y la resolución de problemas (111).

Por ejemplo, personas de diferentes departamentos que realizan distintos trabajos pueden trabajar conjuntamente en equipos de múltiples funciones (25, 59). Al reunir a todas las personas involucradas en un proceso dado, los equipos horizontales con frecuencia pueden formar una visión más completa de lo que debe hacerse que una organización jerárquica puramente vertical. Además los equipos pueden examinar íntegramente el sistema para detectar las debilidades y recomendar mejores soluciones (ver el recuadro de más abajo).

Principios en acción

Indonesia: Enfermeras y parteras administran eficazmente los implantes

De principios a mediados de los años ochenta, la Clínica Raden Saleh en Yakarta, Indonesia, capacitó a enfermeras y parteras en la inserción de implantes *Norplant*. Las participantes aprendieron a aconsejar y educar a las clientas sobre el uso de los implantes, y a insertar, manejar y extraer los mismos.

Durante los primeros seis meses de una prueba de campo iniciada en 1982 que duró por dos años, las enfermeras y parteras realizaron, en lugar de los médicos, 543 de las 828 inserciones solicitadas por pacientes y 79 de las 122 extracciones. El tiempo que les tomaba insertar o extraer los implantes (7,4 minutos por inserción y 21,8 minutos por extracción) era prácticamente el mismo que tardaban los médicos (7,6 por inserción y 21,7 por extracción). No hubo ninguna diferencia significativa entre los médicos y las enfermeras y parteras respecto a la frecuencia con que ocurrían complicaciones durante la inserción y posteriormente. El estudio llegó a la conclusión de que las enfermeras y parteras pueden estar igualmente calificadas que los médicos para insertar y extraer los implantes *Norplant* (2).

Principios en acción

Costa Rica: Solucionar los problemas con equipos formados por personal de diferentes áreas

En Costa Rica, a mediados de los años noventa, el personal de los establecimientos de salud locales y la Caja Costarricense de Seguro Social trabajaron en conjunto para mejorar la calidad de atención. En una de las clínicas, las enfermeras y médicos del departamento que atendía a pacientes externos se reunieron con el personal administrativo de la oficina de archivos de expedientes médicos a fin de encontrar formas de reducir el tiempo requerido para acceder a los expedientes de los pacientes. Gracias en parte a su visión global de los procesos de manejo de expedientes, el equipo analizó rápidamente el problema y encontró una solución. Se ideó un nuevo sistema para archivar los expedientes de los clientes y un nuevo proceso que permitía que los médicos tuvieran éstos disponibles un día antes de las citas. Este enfoque en equipo redujo el tiempo de acceso a los expedientes médicos de 70 a sólo 24 minutos (42).

9 Factores sociales

Los empleados son el recurso más valioso que tiene una organización de salud. Cuando los proveedores están motivados y perciben que su trabajo beneficia a los clientes, pueden entregar mejores servicios (49). Cuando los gerentes permiten que su personal adquiera y mantenga las habilidades y el apoyo necesarios para su productividad, están también contribuyendo a satisfacer las necesidades de los clientes (63).

Principios de los factores sociales

1 Proveer liderazgo y motivación. El liderazgo es vital para el desempeño. Los líderes inspiran a otros a través de su propio comportamiento positivo, ética y valores, sirviendo así como modelos a seguir. La perspectiva que comparten proporciona al personal propósito y dirección en su trabajo.

Los gerentes con cualidades de líderes motivan a sus empleados. Aumentan la moral y el desempeño brindando retroalimentación positiva y ayudando al personal a ver en qué forma su trabajo beneficia a los clientes y contribuye a que la organización logre sus metas. Asimismo, organizan a los empleados para que trabajen juntos con cooperación mutua y eficacia.

Para tener un buen desempeño, es necesario que los empleados sepan cómo se compara su trabajo con las expectativas correspondientes. Los gerentes pueden clarificar cuáles son preparando y distribuyendo guías y escribiendo las descripciones de cargos y discutiéndolas con el personal (11, 47, 62) (ver el recuadro a la izquierda). La retroalimentación sobre el desempeño en el trabajo puede provenir no sólo de las evaluaciones de los supervisores, sino también de comentarios de los clientes y de autoevaluaciones o evaluaciones de los colegas (9, 71).

2 Desarrollar el potencial de los empleados. El personal de programas obtiene mayor satisfacción y se desempeña mejor si sabe que la organización está interesada en su desarrollo personal y profesional (84). La organización puede incentivar a los empleados a perfeccionar continuamente sus habilidades y mejorar su desempeño a través de la capacitación (57). La capacitación en habilidades puede incluso fortalecer al personal para tomar decisiones sin requerir guía de los supervisores (13, 31). Los gerentes pueden también ofrecer recompensas y reconocimiento al buen desempeño (62).

3 Posibilitar las relaciones interpersonales positivas. Los proveedores de salud tienen que ser capaces de interactuar eficazmente con los clientes, además de sus supervisores y compañeros de trabajo para desempeñarse mucho mejor. (49, 71). Cuando los clientes comparten la información con los proveedores, tienen comunicación abierta con ellos y pueden preguntar y responder a sus preguntas sin tapujos, comprenden y recuerdan mejor la información (28, 56, 118).

Promover relaciones amigables y constructivas entre el personal es vital para poder trabajar en equipo y la resolución de problemas. Por ejemplo, un centro de salud de Brasil incentivó a todo el personal —no sólo a profesionales sino al personal de apoyo, incluyendo al conserje— a participar en un esfuerzo por mejorar la prevención de infecciones. De hecho, fue el conserje quien informó a los gerentes que la cisterna que abastecía de agua a la clínica jamás se había limpiado y, por lo tanto, planteaba un riesgo para la salud (64).



H. Kalaraj/CISH III Project

Empleados de un servicio de planificación familiar en Uganda discuten sus responsabilidades. Los líderes desempeñan un papel fundamental para incentivar y facultar al personal para que asuma el mejoramiento de los servicios como responsabilidad propia.

Principios en acción

Uganda: Mejorar la supervisión

Durante 2001 y 2002, el Programa Educativo sobre la Vida Familiar (FLEP) de Uganda emprendió la tarea de mejorar la supervisión y la evaluación del desempeño en sus clínicas de la región de Busoga. Dichos esfuerzos formaban parte de un proyecto más amplio destinado a mejorar la gestión de recursos humanos.

En primera instancia, el Programa FLEP instó a los supervisores y proveedores a tener una comunicación más fluida y revisó y actualizó los salarios del personal. El siguiente paso fue poner al día su manual de políticas y procedimientos laborales y distribuirlo al personal de gerencia y supervisión en sus 49 establecimientos. Asimismo, se pusieron al día las descripciones de los cargos y los expedientes de los empleados para proporcionarles expectativas definidas respecto a su desempeño.

FLEP abordó además el proceso de supervisión. Los supervisores de la clínica asistieron a un curso de un día para aprender cómo usar una nueva lista de verificación para evaluar el desempeño, cómo mejorar la comunicación con los empleados y cómo brindarles retroalimentación.

Durante una evaluación efectuada aproximadamente ocho meses después, el personal expresó mayor satisfacción con muchas de las prácticas de supervisión. Por ejemplo, las respuestas de los empleados a enunciados como “Mi supervisor me brinda retroalimentación clara sobre la eficacia con la cual estoy desempeñando mi trabajo” y “Mi supervisor aplica conmigo las políticas y prácticas de personal en forma equitativa” mejoraron de un puntaje de apenas uno, obtenido anteriormente, a un puntaje promedio de cuatro, en una escala de uno a cinco (84).

Cómo se implementa el concepto

¿Qué pueden hacer los gerentes y proveedores de los establecimientos de salud para aplicar los principios de organización del trabajo a sus propias organizaciones? Reunir a un grupo de personas de diferentes secciones y niveles de la organización, conformado tanto por personal en el campo como por administradores de rango más alto, puede ser un buen punto de partida. El grupo puede tomar distancia de las actividades diarias y observar cómo está diseñado y cómo se desempeña el trabajo con respecto a cada uno de los nueve elementos tratados en este informe. Al examinar los pasos de los procesos que se usan actualmente se puede descubrir qué procesos funcionan bien y cuáles no. Organizar los principios de trabajo en un patrón adecuado a la situación puede ayudar al personal a crear mejores formas de trabajar (ver el recuadro de abajo).

No obstante, muchas veces las personas no tienen una idea clara de los procesos de trabajo, particularmente cómo se

vincula su trabajo con el trabajo de otros. Juntar a todos los individuos involucrados en un proceso dado permite que cada participante describa la función que realiza dentro del proceso más amplio, y que juntos delinear un esquema básico del flujo de trabajo. Al visualizar el flujo real del proceso y compararlo con el que sería ideal, se puede descubrir que falta un paso en el proceso, que existen más pasos de los que son necesarios para cumplir el trabajo, que el proceso crea un embotellamiento en la atención, o hasta que no existe ni siquiera un proceso claro. Por otra parte, esto puede revelar que ciertos pasos le resultan confusos al personal o limitan el acceso de los clientes a los servicios, que no se asignan eficientemente las tareas o que no hay mecanismos para reasignar el trabajo cuando falta algún empleado. Una vez reunido, se puede incentivar al personal a que comparta las “mejores prácticas” que podrían implementarse a mayor escala.

Poniendo en práctica los principios de organización del trabajo

Palestina: Reorganización de la ronda diaria de los médicos en los hospitales

Los médicos y enfermeras del Departamento Dos de Pediatría del Hospital Al-Naser en la Franja de Gaza decidieron que era necesario mejorar las rondas matutinas. Todas las mañanas, los cuatro médicos de guardia hacían la ronda en equipo, la cual consistía en visitar a los niños hospitalizados, examinarlos y tomar decisiones respecto a darles el alta, realizar otros estudios, recetar medicamentos o referirlos a un especialista.

El equipo de médicos comenzaba las rondas a diferentes horas cada día, y el tiempo requerido variaba dependiendo de cada ronda. Durante la ronda había constantes interrupciones por llamadas telefónicas, solicitudes de los gerentes, visitas de familiares de pacientes y consultas de otros médicos sobre casos complicados. Las rondas no seguían ningún orden ni sistema: a menudo faltaba algún instrumento o expediente clínico, lo cual obligaba a los médicos a tener que esperar al lado del paciente mientras una enfermera iba en busca de ellos.

Como resultado, los médicos pasaban en realidad apenas la mitad de la ronda viendo a los pacientes. No tenían mucho tiempo para completar las historias clínicas de los pacientes ni escribir observaciones para el seguimiento en sus planillas.

Para mejorar esta situación, un equipo conformado por médicos, enfermeras, administradores y otros empleados del hospital diagramó los pasos de la ronda matutina en un gráfico de flujo (Principio: Promover el trabajo en equipo y evitar pensar en términos jerárquicos). Después de revisar todos los pasos del proceso vigente, tomando en cuenta la perspectiva global, el equipo acordó una solución: dividir la ronda en dos partes, una primera ronda a las 8:15 a.m. y una ronda general de 9:30 a.m. a 11:00 a.m., cuando comenzaban las horas de visita. Durante la primera ronda, se asignaba a cada médico cierto número de pacientes que debía visitar y evaluar antes de las 9:30 a.m., y a esa hora los médicos se reunían en grupo para comenzar la ronda general (Principio: *Modificar los enfoques según la necesidad y programar teniendo en cuenta las necesidades tanto de los clientes como de los proveedores*).

Como resultado de estos cambios, las rondas comenzaban y terminaban en un horario estándar, los médicos tenían tiempo suficiente de escribir observaciones para el seguimiento o notas en las historias clínicas de los pacientes, y el volumen de trabajo se distribuía uniformemente. El equipo estableció también planes de respaldo en caso de que no hubiera cuatro médicos que participaran en la ronda matutina (Principio: *Planificar teniendo en cuenta las fluctuaciones comunes dentro de la prestación de servicios de salud*).

Mientras la primera ronda permitía a los médicos abordar los casos de rutina individualmente, la ronda general era una plataforma para que los médicos discutieran los casos críticos en grupo e intercambiaran ideas sobre el manejo y tratamiento de los pacientes (Principio: *Posibilitar las relaciones interpersonales positivas*). Durante la ronda general, los cuatro médicos se reunían con el jefe de departamento para discutir los casos vistos esa mañana. Se repasaban rápidamente los casos habituales, dejando así más tiempo para tratar los casos críticos en detalle.

Además, se redujeron al mínimo todas las interrupciones. Las llamadas telefónicas se contestaban en la recepción de enfermería y los médicos recibían los recados después de concluidas las rondas. Las solicitudes de gerencia no urgentes y las visitas también se pospusieron hasta el final de las rondas (Principio: *Adaptar el rol de vigilancia de acuerdo a la necesidad*).

El nuevo sistema permitía brindar mejor atención a los pacientes. El tiempo dedicado al trabajo relacionado directamente con el paciente aumentó de un promedio de 60% hasta casi 100%, y el tiempo promedio de contacto entre médico y paciente se duplicó, de 7 hasta casi 15 minutos (Principio: *Equilibrar el volumen y el flujo de clientes*). Los padres y familiares de los pacientes expresaron mayor satisfacción con los servicios; por ejemplo, en una encuesta sobre el tema, la mayoría calificó como “excelente” la atención recibida por sus hijos, en comparación con “buena” o “muy buena” antes de implementar los cambios (1).

Consejos prácticos para iniciar la tarea

Sea usted gerente de programas, proveedor de servicios, supervisor o cualquier otro miembro del personal, los siguientes consejos prácticos le pueden servir como punto de partida para mejorar la organización del trabajo:

1. Observe de qué forma está actualmente organizado el trabajo en el lugar donde usted trabaja. Hágase las siguientes preguntas:
 - ¿Por qué está organizado el trabajo en esta forma?
 - ¿Está organizado para satisfacer las necesidades de los clientes?
 - ¿Cómo se equilibra la eficacia y eficiencia para el cliente con la eficacia y eficiencia para el personal?
 - ¿Son absolutamente necesarios todos los pasos y actividades?
 - ¿Hay mejores formas de llevar a cabo el trabajo?
2. Póngase en el lugar de los clientes y recorra paso a paso los procesos. Tome en cuenta lo siguiente:
 - ¿Le parece la clínica cómoda y segura?
 - ¿Los signos o instrucciones ayudan a orientar a los clientes?
 - ¿Cuánto tiempo esperan los clientes para recibir los servicios?
 - ¿Saben los clientes cuándo regresar para seguimiento o dónde dirigirse para servicios de referencia?
3. Pregunte a los clientes qué opinan sobre la forma en que están organizados los servicios. ¿Cuáles serían sus sugerencias para mejorarla?
4. Pregunte a sus colegas qué opinan de la forma en que está organizado el trabajo. ¿Cómo podría mejorarse?
5. Asuma la responsabilidad de mejorar la forma de organizar el trabajo. Convoque y faculte a otras personas para que compartan la responsabilidad. Elogie a quienes proponen y efectúan cambios constructivos en la organización de su trabajo
6. Pruebe formas diferentes de organizar el trabajo que podrían ser más eficaces, especialmente para el cliente.
7. Lea y comparta información técnica sobre cómo mejorar los procesos de trabajo (ver el Cuadro 1 en la página 17).
8. A lo largo del tiempo, haga más observaciones y solicite retroalimentación a fin de determinar cuáles procesos están funcionando mejor.
9. Informe a otras personas dentro de la organización cuáles aspectos funcionaron bien y cuáles no, y por qué.



En Méjico, proveedores revisan la información sobre el programa. Mejorar la organización del trabajo es responsabilidad de todos.

Seguir este proceso paso a paso puede contribuir a que los gerentes mejoren la forma en que está organizado el trabajo (ver el recuadro a la izquierda). Existe una variedad de métodos y herramientas para ayudar a los gerentes y proveedores a tratar los elementos específicos de la organización del trabajo incluidos en este informe (ver el Cuadro 1 en la página 17).

Cómo gestionar el cambio

Necesariamente, mejorar la forma de organizar el trabajo requiere que el personal y las organizaciones aprendan y cambien. Un modelo ampliamente usado para gestionar cambios identifica un proceso de ocho pasos que puede aplicarse al enfoque de organización del trabajo (60). Los pasos son:

Establecer un sentido de urgencia. Generalmente, la urgencia proviene de un cambio que se ha producido fuera de la organización. Los cambios en la prestación de servicios de salud —como la descentralización e integración de servicios— y la epidemia del VIH/SIDA están entre los múltiples desafíos a que se enfrentan las organizaciones dedicadas a la salud. El enfoque de organización del trabajo señala vías que pueden servir a las organizaciones para que encuentren nuevas formas de realizar mejor tareas ya conocidas, de reducir el desperdicio y de funcionar más eficazmente.

Formar una poderosa coalición orientadora. Los miembros del personal y otras partes interesadas tienen que participar en el proceso de cambio. Ellos conocen mejor que nadie el trabajo y los procesos de hacerlo. Por lo tanto pueden tener ideas más prácticas respecto a cómo mejorar su trabajo, qué cambios tendrían buen resultado y qué aspectos saldrían mal.

Crear una visión. Crear una visión para el cambio permite que aquellos más afectados aprecien la necesidad de hacerlo. Es más probable que las personas acepten el cambio si detrás de él existe una razón poderosa y beneficios directos.

Comunicar la visión. A través de sus palabras y ejemplo, los líderes pueden motivar y persuadir al personal. Los líderes deben recalcar la visión una y otra vez para convertirla en el principio por el cual todos se rijan.

Facultar a otros para que actúen a fin de volver realidad la visión. Los gerentes tienen que inspirar y fortalecer al personal para que cambie el modo de pensar sobre su trabajo y la forma en que lo hace. Los gerentes pueden encontrar formas de expresar su aprecio por los empleados que actúan para convertir la visión en una realidad y efectúan cambios constructivos.

Planificar y crear metas a corto plazo. Generalmente, el cambio lleva tiempo. Por lo tanto, establecer y lograr metas a corto plazo puede ayudar a mantener la motivación del personal. Reconocer y recompensar a aquellos que contribuyen a alcanzar estas metas puede ayudar a que el personal continúe en la misma dirección por más tiempo.

Consolidar las mejoras y producir más cambios. Los gerentes deben obtener retroalimentación del personal para ver qué procesos funcionan mejor y dónde se necesitan todavía mejoras. Tienen que informar sobre los aspectos que funcionaron bien y los que no lo hicieron a fin de continuar mejorando.

Institucionalizar los nuevos enfoques. Para que el cambio tenga éxito y sea duradero, las nuevas formas de trabajo deben incorporarse a las normas y valores de la organización. Cuando los proveedores de salud asumen el mejoramiento de la organización del trabajo como compromiso propio, pueden brindar mejores servicios y obtener mayor satisfacción de su trabajo. (La versión en español de este número se publicó en setiembre de 2004.)

Cuadro. 1 Métodos y herramientas que pueden ayudar a mejorar los procesos de trabajo

Métodos y herramientas	Uso de prácticas basadas en evidencias	Adaptabilidad	Vinculos con otros servicios y sitios	Minimizar el papel, maximizar el uso de información	Factores físicos	Horas de servicio y programación de citas	Flujo de clientes	División del trabajo y diseño de cargos	Factores sociales
Actualidad Gerencial: <i>Cómo centrar la atención en el servicio al cliente</i> http://erc.msh.org/readroom/espanol/custserv.htm				X	X	X	X		X
Actualidad Gerencial: <i>Cómo desarrollar administradores que dirigen</i> http://erc.msh.org/readroom/espanol/leadisfr.htm		X							X
Actualidad Gerencial: <i>Cómo lograr que la planta física de su clínica funcione</i> http://erc.msh.org/readroom/espanol/buildingsp.htm		X			X		X		
Actualidad Gerencial: <i>Cómo mejorar la administración de los suministros de anticonceptivos</i> http://erc.msh.org/readroom/espanol/supply.htm		X		X	X			X	
Actualidad Gerencial: <i>Creando un ambiente de trabajo que motiva y mejora el desempeño</i> http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=managers3.htm&module=enhancement%20other&language=English									X
Actualidad Gerencial: <i>Los recursos humanos: Administrando y desarrollando su bien más valioso</i> http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.1.htm&module=hr&language=English								X	X
Al alcance: <i>Llegando a clientes potenciales de planificación familiar dentro de las instituciones de salud</i> http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp5/wp_5.html		X	X				X	X	
Capacitación integral del establecimiento de salud: <i>Un nuevo enfoque para organizar la capacitación</i> http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp11/wp_11.html		X	X					X	X
Conceptos de diseño del sistema logístico http://deliver.jsi.com/pdf/G&H/Logistics_system_design2.pdf				X	X			X	
COPE en la comunidad http://www.engenderhealth.org/pubs/pubslst.html#quality	X	X	X		X	X	X	X	X
Desarrollo de estrategias nacionales de capacitación en logística de la planificación familiar http://deliver.jsi.com/2002/Pubs/Pubs_Guidelines/index.cfm					X			X	
El manual del administrador de planificación familiar, capítulos 4, 5, 7, 8 http://erc.msh.org/readroom/espanol/handbook.htm				X	X			X	
Encuestas de eficiencia del proveedor orientada al cliente (COPE) http://www.engenderhealth.org/pubs/pubslst.html#quality		X	X		X	X	X	X	
Herramienta de medición de la calidad (QMT)	X	X	X	X	X			X	X
Herramientas de evaluación del desempeño			X	X	X	X	X	X	X
Monografía de Garantía de Calidad (QA): <i>Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud</i> http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/SPANPAR.PDF	X		X	X	X	X	X	X	X
PipeLine: el Sistema Logístico de Monitoreo y Planeación de Adquisiciones http://deliver.jsi.com/pdf/software/s-pipeline.pdf				X	X				
Population Reports, <i>Mejoramiento del desempeño</i> http://www.infoforhealth.org/pr/prsj52edsum.shtml			X	X	X	X	X	X	X
Population Reports, <i>Programas de planificación familiar: Mejoras en la calidad</i> http://www.infoforhealth.org/pr/prsj47edsum.shtml	X		X	X	X	X	X	X	X
Software para administradores de cadenas de suministros http://deliver.jsi.com/2002/Software/SCM/index.cfm				X	X				
Software para el análisis del flujo de pacientes http://www.cdc.gov/nccdphp/drh/sata_pfa_ssd.htm					X		X	X	

^a Management Sciences for Health, Inc.
MSH Bookstore
165 Allandale Road, Boston, MA 02130
Tel: 617-524-7799 Fax: 617-524-2825
C. elec.: bookstore@msgh.org

^c DELIVER, John Snow, Inc.
1616 N. Fort Myer Drive, 11th floor
Arlington, VA 22209
Tel: (703) 528-7474
C. elec.: DELIVER_pubs@jsi.com

^e Center for Human Services
7200 Wisconsin Avenue, Suite 600
Bethesda, MD 20814-4811
Tel: (301) 654-8338
Fax: (301) 941-8427

^g Centers for Disease Control and Prevention
Division of Reproductive Health
4770 Buford Highway, NE, Mail Stop K-20
Atlanta, GA 30341-3717
Tel: (770) 488-5200
C. elec.: ccdinfo@cdc.gov

^b EngenderHealth, Material Resources
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001
Tel: (212) 561-8000
Fax: (212) 561-8067
C. elec.: info@engenderhealth.org

^d JHPIEGO, 1615 Thames Street
Baltimore MD 21231
Tel: (410) 537-1800
Fax: (410) 537-1474
C. elec.: info@jhpiego.net

^f INFO Project, Johns Hopkins Center for
Communication Programs
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, Maryland 21202
Tel: (410) 659-2645
C. elec.: Orders@jhuccp.org

Bibliografía

Se señalan con un asterisco (*) los artículos que fueron de especial valor en la preparación de este número de **Population Reports**.

- *1. ABOU-DAGGA, S. Process improvement project: Improving the efficiency of the morning round in Department 2 in Al-Naser hospital, Gaza Strip. *Quality Improvement Project and Palestinian National Authority Ministry of Health*, Feb. 1997. 48 p.
2. AFFANDI, B., PRIHARTONO, J., LUBIS, F., SUTEDI, H., and SAMIL, R.S. Insertion and removal of NORPLANT® contraceptive implants by physicians and nonphysicians in an Indonesian clinic. *Studies in Family Planning* 18(5): 302-306. Sep./Oct. 1987.
3. AHMED, R. (greenstar Social Marketing, Pakistan) [The greenstar referral network] Personal communication, Apr. 7, 2003.
4. AITKEN, J.M. Voices from the inside: Managing district health services in Nepal. *International Journal of Health Planning and Management* 9(4): 309-340. 1994.
5. ANGELES, G., STEWART, J.F., GAETE, R., MANCINI, D., TRUJILLO, A., and FOWLER, C.I. Health care decentralization in Paraguay: Evaluation of impact on cost, efficiency, basic quality, and equity. *Baseline Report*. Chapel Hill, North Carolina, MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, 1999. (MEASURE Evaluation Technical Report Series No. 4) 131 p. (Available: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/techreports/paraguay_english.pdf>. Accessed Feb. 5, 2004)
6. ASKEW, I., MENSCH, B., and ADEWUYI, A. Indicators for measuring the quality of family planning services in Nigeria. *Studies in Family Planning* 25(5): 268-283. 1994.
7. ATIM, C. Contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care: Synthesis of research in nine West and Central African countries. Bethesda, Maryland, Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates, Inc., Jul. 1998. (Technical Report No. 18) 82 p. (Available: <<http://www.phrplus.org/Pubs/te18fin.pdf>>. Accessed Feb. 5, 2004)
8. BAAKILE, B., MARIBE, L., MAGGWA, B.N., and MILLER, R.A. A situation analysis of the maternal and child health/family planning (MCH/FP) program in Botswana. Gaborone, Botswana, Botswana Ministry of Health, Family Health Division, MCH/FP Unit, Jul. 1996. 43 p.
9. BEN SALEM, B. and BEATTIE, K.J. Facilitative supervision: A vital link in quality reproductive health service delivery. New York, AVSC International, Aug. 1996. (AVSC Working Paper No. 10) (Available: <http://www.EngenderHealth.org/pubs/workpap/wp10/wp_10.html>. Accessed Feb. 5, 2004)
10. BERTRAND, J.T., HARDEE, K., MAGNANI, R.J., and ANGLE, M.A. Access, quality of care, and medical barriers in family planning programs. *International Family Planning Perspectives* 21(2): 64-74. Jun. 1995.
11. BLAKE, S.M., NECOCHEA, E., BOSSEMAYER, D., GRIFFEY BRECHIN, S.J., LEMOS DA SILVA, B., and MAFALDA ILDEFONSO DA SILVEIRA, D. PROQUAL: Development and dissemination of a primary care center accreditation model for performance and quality improvement in reproductive health services in northern Brazil. *Baltimore, JHPiGO*, Jul. 1999. 77 p.
12. BOYD, B. (Centers for Disease Control) [Clinic signage: patient privacy] Personal communication, May 20, 2003.
13. BRADLEY, J., BRUCE, J., DIAZ, S., HUEZO, C., and MWORIA, K. Using COPE to improve quality of care: The experience of the Family Planning Association of Kenya. New York, Population Council, 1998. (Quality/Calidad/Qualite No. 9) 24 p. (Available: <<http://www.popcouncil.org/publications/qc/qc09.pdf>>. Accessed Feb. 5, 2004)
- *14. BRADLEY, J., LYNAM, P.F., DWYER, J.C., and WAMBWA, G.E. Whole-site training: A new approach to the organization of training. New York, AVSC International, Aug. 1998. (AVSC Working Paper No. 11) 16 p. (Available: <http://www.EngenderHealth.org/pubs/workpap/wp11/wp_11.html>. Accessed Feb. 5, 2004)
15. BRADLEY, J., MIELKE, E., WAMBWA, G., MASHAFI, J., and NASANIA, M. Family planning services in Tanzania: Results from a project to improve quality, 1996-1999. New York, EngenderHealth, Jul. 2000. 17 p.
16. BROWN, L.F. and MORGAN, G.T. Tests and procedures required of clients in three countries of West Africa. In: Miller, K., Miller, R., Askew, I., Horn, M.C., and Ndhlovu, L., eds. *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*. New York, Population Council, 1998. p. 183-193.
17. BRUCE, J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91. Mar/Apr. 1990.
18. BURGERS, J.S., GROU, R., KLAZINGA, N.S., MAKELA, M., and ZAAAT, J. Towards evidence-based clinical practice: An international survey of 18 clinical guideline programs. *International Journal for Quality in Health Care* 15(1): 31-45. 2003.
19. CALLA, C. Use of clinical guidelines to enhance quality of family planning service programs in developing countries. Washington, D.C., Population Technical Assistance Project, Feb. 1992. 12 p.
20. CARROLI, G., VILLAR, J., PIAGGIO, G., KHAN-NEELOFUR, D., GÜLMEZOGLU, M., MUGFORD, M., LUMBIGANON, P., FARNOT, U., and BERSGIO, P. WHO systematic review of randomized controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 357(9268): 1565-1570. May 19, 2001.
21. CATOTTI, D.N. Improving the quality and availability of family planning and reproductive health services at the primary care level: Institutional capacity building in the El Salvador Ministry of Health (MOH). Chapel Hill, North Carolina, PRIME Project, INTRAH, Aug. 1999. (PRIME Technical Report No. 13) 61 p. (Available: <<http://www.prime2.org/prime2/pdf/TR13.pdf>>. Accessed Feb. 5, 2004)
22. CHEGE, J., RUTENBERG, N., JANOWITZ, B., and THOMPSON, A. Factors affecting the outputs and costs of community-based distribution of family planning services in Tanzania. New York, Population Council, Operations Research and Technical Assistance Africa Project, Jul. 1998. 61 p.
23. CHEGE, J., SANOGO, D., ASKEW, I., BANNERMAN, A., GREY, S., GLOVER, E.K., YANKEY, F., and NERQUABAYE-TETTEH, J. An assessment of the community based distribution programs in Ghana. Nairobi, Kenya, Population Council, Planned Parenthood Association of Ghana, Nov. 2000. 36 p.
24. DALLABETTA, G.A., GERBASE, A.C., and HOLMES, K.K. Problems, solutions, and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Infections* 74(Suppl. 1): S1-S11. 1998.
25. DEWINE, S. The consultant's craft: Improving organizational communication. New York, St. Martin's Press, 1994. 496 p.
26. DIAZ, M., SIMMONS, R., DIAZ, J., GONZALEZ, C., MAKLUCH, M.Y., and BOSSEMAYER, D. Expanding contraceptive choice: Findings from Brazil. *Studies in Family Planning* 30(1): 1-16. Mar. 1999. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/strategic_approach/SFP%20301%20DIAZ.pdf>. Accessed Feb. 5, 2004)
27. DIEYE, A.M., SAMB, N.G., BA, A., TARDY, M., SECK, K., WADE, A.S., GUEYE, M., N'DIAYE, M., SY, G.Y., and FAYE, B. Effectiveness of syndromic approach for management of urethral discharge in Senegal. *Medecine Tropicale (Marseilles)* 63(1): 45-48. 2003.
28. DIMATTEO, M.R. The physician-patient relationship: Effects on the quality of health care. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 37(1): 149-161. Mar. 1994.
29. DOHLIE, M.B., MIELKE, E., BWIRE, T., ADRIANCE, D., and MUMBA, F. COPE, a model for building community partnerships that improve care in East Africa. *Journal for Healthcare Quality* 22(5): 34-39. Sep./Oct. 2000.
30. DOHLIE, M.B., MIELKE, E., and WAMBWA, G. COPE: Quality improvement and women's reproductive health in East Africa. *Proceedings of the 2nd International Women in Africa and African Diaspora: Health and Human Rights*, Oct. 1998.
- *31. DOHLIE, M.B., MIELKE, E., WAMBWA, G., and RUKONGE, A. Empowering frontline staff to improve the quality of family planning services: A case study in Tanzania. In: Haberland, N. and D., M., eds. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York, Population Council, 2002. p. 114-130.
32. ELLIS, A., TOPÇUOĞLU, E., and UZ, H.H. Istanbul. Report on family planning quality surveys 1998 and 2000. Ankara, Turkey, Management Sciences for Health, Republic of Turkey Ministry of Health, Mother and Child Health and Family Planning General Directorate, May 2001. 90 p.
33. EQUITY PROJECT. THE EQUITY PROJECT 1997-2003: Strengthening equitable access to quality health services for all South Africans. South Africa, EQUITY Project, 2003. 44 p.
34. EREN, N., RAMOS, R., and GRAY, R.H. Physicians vs. auxiliary nurse-midwives as providers of IUD services: A study in Turkey and the Philippines. *Studies in Family Planning* 14(2): 43-47. Feb. 1983.
35. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI). Check lists: Provider checklists for reproductive health services. [Reference Guide]. Research Triangle Park, North Carolina, FHI, 2002. 34 p. (Available: <<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/egqmpk4eo5ersh2zibxkhlfttdugfkrkfiog4wo4n5nt3ofcjbuhl57zqlzkg6x7fvhczck/englishchecklists.pdf>>. Accessed Feb. 5, 2004)
36. FAMILY PLANNING LOGISTICS MANAGEMENT (FPLM). The logistics handbook: A practical guide for supply chain managers in family planning and health programs. Arlington, Virginia, FPLM/John Snow, Inc., 2000. 196 p. (Available: <<http://deliver.jsi.com/PDF/g&h/LogisticsHandbook.pdf>>. Accessed Feb. 5, 2004)
37. FAMILY PLANNING SERVICE EXPANSION AND TECHNICAL SUPPORT (SEATS II) PROJECT. Mainstreaming quality improvement in family planning and reproductive health services delivery. Context and case studies. Washington, D.C., SEATS II, John Snow, Inc., Jan. 2000. 111 p. (Available: <<http://www.seats.jsi.com/mainquality.pdf>>. Accessed Feb. 5, 2004)
38. FARR, G., RIVERA, R., and AMATYA, R. Non-physician insertion of IUDs: Clinical outcomes among TCU380A insertions in three developing-country clinics. *Advances in Contraception* 14(1): 45-57. Mar. 1998.
- *39. FORT, A., CALIX, M., CARIAS, D., CORDERO, M., ESCOTO, H., ESPADA, S.L., JASKIEWICZ, W., KILLIAN, R., LUOMA, M., and VALLEJO, F. Baseline survey on licensing and the performance of primary health care providers in Region 7-Olancho, Honduras: Primary provider performance, its factors and client perception. Chapel Hill, North Carolina, INTRAH, February 2002. (PRIME II Technical Report No. 29A) 58 p.
40. FRANCO, L.M. (Senior Quality Assurance Advisor, University Research Corporation) [Client wait time in Malawi] Personal communication, Mar. 28, 2003.
41. GAYE, P., SIDHEM, Y., ADENIRAN, B., OJEDIRAN, M., LUOMA, M., HEDRY, M., AWOSIYAN, M., ADETUNJI, A., DOSUMU, B., CORDERO, C., JOHNSON, S., and ANYANWU, L. Assessing the performance of family planning services at the primary care level in Nigerian local government area health centers and NGO clinics: Final report. Chapel Hill, North Carolina, PRIME II, Jan. 2001. 70 p.
42. GONZÁLEZ, M., COLINDRES, H., URROZ, O., ORLICH, J., and VELDTHUYZEN VAN ZANTEN, T. Health care sector reform and quality assurance in Costa Rica. Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, Oct. 1995. 73 p.
43. GREENSTAR SOCIAL MARKETING. Integrated greenstar System. <<http://www.greenstar.org.pk/integratedgs.htm>>. greenstar Social Marketing, Feb. 5, 2004.
44. GRIMES, D.A. Can oral contraceptive prescribing be evidence-based? *The Contraception Report*, Vol. 9 No. 6, Totowa, New Jersey, Emron, Jan. 1999. p. 4-8. (Available: <<http://www.contraceptiononline.org/contrareport/article01.cfm?art=65>>. Accessed Feb. 5, 2004)
45. GRIMSHAW, J.M. and RUSSELL, I.T. Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluation. *Lancet* 342(8883): 1317-1322. Nov. 27, 1993.
46. HATCHER, R.A., RINEHART, W., BLACKBURN, R., GELLER, J.S., and SHELTON, J.D. The essentials of contraceptive technology. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1997. 340 p.
- *47. HEIBY, J.R. Quality assurance and performance improvement: Important approaches in improving health systems. *QA Brief*, Vol. 9 No. 1, Bethesda, Maryland, The Quality Assurance Project, Center for Human Services, Spring 2001. p. 1-3.
48. HERRIOTT, S. Reducing delays and waiting times with open-office scheduling. *Family Practice Management* 6(4): 38-46. Apr. 1999. (Available: <<http://www.aafp.org/fpm/990400fm/38.html>>. Accessed Feb. 5, 2004)
49. HUEZO, C. Improving the quality of care by improving the motivation of service providers: A study based in Uganda and Bangladesh. Presented at the MAQ Mini-University, Washington, DC, Apr. 20, 2001. Maximizing Access and Quality Initiative. 24 p.
50. JANOWITZ, B., JOHNSON, L., THOMPSON, A., WEST, C., MARANGWANDA, C., and MAGGWA, N.B. Excess capacity and the cost of adding services at family planning clinics in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives* 28(2): 58-66. Jun. 2002. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2805802.html>>. Accessed Feb. 5, 2004)
51. KAJIUKA, E.M. Reducing maternal mortality in Uganda: The RESCUER experience. *International Council on Management of Population Programmes*, Jan. 2002. 11 p.
52. KANIAUSKENE, A. (EngenderHealth) [Using COPE in Jordan to improve service delivery: coping with stockouts in Moldova: solutions to improve organization of work] Personal communication, Mar. 13, 2003.
53. KATENDE, C., BESSINGER, R., GUPTA, N., KNIGHT, R., and LETTENMAIER, C. Uganda delivery of improved services for health (DISH) evaluation surveys 1999. Chapel Hill, North Carolina, MEASURE Evaluation Project, Carolina Population Center, Jul. 2000. 68 p. (Available: <<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/techreports/dish1999.pdf>>. Accessed Feb. 5, 2004)
54. KATZ, K.R., JOHNSON, L.M., JANOWITZ, B., and CARRANZA, J.M. Reasons for the low level of IUD use in El Salvador. *International Family Planning Perspectives* 28(1): 26-31. Mar. 2002. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2802602.html>>. Accessed Feb. 5, 2004)
55. KELLEY, E. and BOUCAR, M. Helping district teams measure and act on client satisfaction data in Niger. Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, Center for Human Services, 2000. (Operations Research Results No. 1) 17 p.
56. KIM, Y.M., PUJTIJK, F., BASUKI, E., and LEWIS, G. "Smart Patient" coaching in Indonesia: A strategy to improve client and provider communication. Presented at the SARC 2001 Meeting, Bali, Indonesia, Feb. 2001. Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs. 28 p.
57. KNEBEL, E., LUNDAHL, S., EDWARD-RAJ, A., and ABDALLAH, H. The use of manual job aids by health care providers: What do we know? Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, Center for Human Services, Feb. 2000. (Operations Research Issues Paper No. 1) 24 p.
58. KOENIG, M.A., FOO, G.H., and JOSHI, K. Quality of care within the Indian Family Welfare Programme: A review of recent evidence. *Studies in Family Planning* 31(1): 1-18. Mar. 2000.
59. KOLS, A. and SHERMAN, J.E. Family planning programs: Improving quality. *Population Reports*, Series J, No. 47. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Nov. 1998. 40 p.
60. KOTTER, J.P. *Leading change*. Boston, Harvard Business School Press, 1996. 187 p.
61. LAFOND, A.K., BROWN, L., and MACINTYRE, K. Mapping capacity in the health sector: A conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management* 17: 3-22. 2002.
62. LANDE, R.E. Performance improvement. *Population Reports*, Series J, Number 52. Baltimore, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Spring 2002. 27 p.
63. LANTIS, K., GREEN, C.P., and JOYCE, S. Providers and quality of care. Washington, DC, Population Reference Bureau and Population Council, Jul. 2002. (New Perspectives

- on Quality of Care No. 3) 8 p.
64. LASSNER, K.J. (Management Sciences for Health) [Using TOQUES to improve organization of work in Brazil] Personal communication, Aug. 5, 2003.
65. LIN, Y. Designing quality essential obstetric care services in Honduras. Quality Assurance Project case study. Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, 2000. 29 p.
66. LIN, Y. and FRANCO, L.M. Assessing the quality of facility-level family planning services in Malawi. Quality Assurance Project case study. Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, Center for Human Services, 2000. 11 p.
67. LIN, Y. and TAVROW, P. Assessing health worker performance of IMCI in Kenya. Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, 2000. 13 p.
68. LUOMA, M., JASKIEWICZ, W., MCCAFFERY, J., and CATOTTI, D. Dominican Republic Performance Improvement project evaluation. Chapel Hill, NC, PRIME, Jan. 2000. 87 p. (Available: <<http://www.prime2.org/prime2/pdf/TR19.pdf>>, Accessed Feb. 5, 2004)
69. LYNAM, P.F., DWYER, J.C., and BRADLEY, J. Inreach: Reaching potential family planning clients within health institutions. New York, AVSC International, Apr. 1994. (Available: <http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp5/wp_5.htm>, Accessed Feb. 5, 2004)
- *70. LYNAM, P.F., SMITH, T., and DWYER, J. Client flow analysis: A practical management technique for outpatient clinic settings. *International Journal for Quality in Health Care* 6(2): 179-186. 1994.
71. MARQUEZ, L. and KEAN, L. Making supervision supportive and sustainable: New approaches to old problems. Washington, DC, Management and Leadership Program of Management Sciences for Health, United States Agency for International Development, 2002. (MAQ Papers No. 4) 27 p.
- *72. MASSOUD, R., ASKOV, K., REINKE, J., MILLER FRANCO, L., BORNSTEIN, T., KNEBEL, E., and MACAULAY, C. A modern paradigm for improving healthcare quality. Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, Center for Human Services, 2001. (QA Monograph No. 1) 78 p.
73. MEASURE EVALUATION. A trainer's guide to the fundamentals of monitoring and evaluation for population, health, and nutrition programs. Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, 2002. (MEASURE Evaluation Manual Series No. 5)
74. MENSCH, B.S., MILLER, R.A., FISHER, A.A., MWITA, J., KEYONZO, N., ALI, F.Y., and NDETI, C. Family planning in Nairobi: A situation analysis of the City Commission clinics. *International Family Planning Perspectives* 20(2): 48-54. Jun. 1994.
- *75. MILLER, K., MILLER, R., ASKEW, I., HORN, M.C., and NDHLOVU, L., eds. Clinic-based family planning and reproductive health services in Africa: Findings from situation analysis studies. New York, Population Council, 1998. 255 p. (Available: <<http://www.popcouncil.org/pdfs/cbfp.pdf>>, Accessed Feb. 5, 2004)
76. MILLER, K., MILLER, R., FASSIHIAN, G., and JONES, H. How providers restrict access to family planning methods: Results from five African countries. In: Miller, K., Miller, R., Askew, I., Horn, M.C., and Ndhlovu, L., eds. *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*. New York, Population Council, 1998. p. 161-179.
77. MITCHELL, M. Managing integrated services. Cambridge, Massachusetts, Harvard Institute for International Development, Sep. 1998. 20 p. (Available: <<http://www.reprohealth.org/reprohealthDB/doc/integrat.pdf>>, Accessed Feb. 5, 2004)
78. MOYA, C. Improving youth's access to contraception in Latin America. Programs at a Glance, Washington, DC. Advocates for Youth, Aug. 2001. p. 3-4. (Available: <<http://www.advocatesforyouth.org/publications/pag/contraceptiveaccess.pdf>>, Accessed Feb. 5, 2004)
79. MUNJANIA, S.P., LINDMARK, G., and NYSTRÖM, L. Randomized controlled trial of a reduced-visits programme of antenatal care in Harare, Zimbabwe. *Lancet* 348(9024): 364-369. Aug. 10, 1996.
80. NDHLOVU, L., SOLO, J., MILLER, R., MILLER, K., and OMINDE, A. An assessment of clinic-based family planning services in Kenya: Results from the 1995 situation analysis study. New York, Population Council, Operations Research and Technical Assistance Africa Project, Jan. 1997. 43 p.
81. NDOYE, A., MBOW, B., DIOP, C.B., CISSE, M., THIAM, M., SANOGO, D., and NIANG, M. Promoting utilization of results from the national situation analysis in Senegal. New York, Service National de la Santé de la Reproduction and Population Council, Oct. 2000. 24 p.
82. NOBLE, J., SILVEIRA, D., GALVAO, L., and CORREIA, L. Situation analysis of reproductive health care in the state of Ceara, Brazil: Assessing the impact of interventions in 1993-97. Washington, DC, Population Council, Latin America and the Caribbean Operations Research and Technical Assistance in Family Planning and Reproductive Health, 1998. 57 p.
83. NYONATOR, F., AWOONOR-WILLIAMS, J., PHILLIPS, J.F., JONES, T.C., and MILLER, R.A. The Ghana Community-based Health Planning and Services Initiative: Fostering evidence-based organizational change and development in a resource constrained setting. Accra, Ghana, Community-based Health Planning and Services (CHPS) Initiative and Policy Programme and Evaluation Division, Ghana Health Service, Apr. 2002. 31 p.
84. O'NEIL, M. Family life education program—Jinga, Uganda. Human resource management. Final report. Boston, Management and Leadership Development Project, Management Sciences for Health, Sep. 1, 2002. 14 p.
85. PETTIFOR, A., WALSH, J., WILKINS, V., and RAGHUNATHAN, P. How effective is syndromic management of STDs? A review of current studies. *Sexually Transmitted Diseases* 27(7): 371-385. Aug. 2003.
86. POPULATION COUNCIL (PC). Quality of care in family planning service delivery in Kenya: Clients' and providers' perspectives. Final Report. New York, PC, Africa Operations Research and Technical Assistance Project II, Kenya Ministry of Health Division of Family Health, Nov. 1995. 16 p.
87. POST, M. Preventing maternal mortality through emergency obstetric care. Washington, DC, Academy for Educational Development, The SARA Project, Apr. 1997. (Available: <http://sara.aed.org/publications/reproductive_health/maternal_mortality/html/eoc.htm>, Accessed Feb. 5, 2004)
88. QUALITY ASSURANCE PROJECT (QAP). Quantifying the economic impact of using evidence-based clinical guidelines for pregnancy-induced hypertension in two hospitals in Tver Oblast, Bethesda, Maryland, QAP, 2001. 2 p.
89. QUALITY ASSURANCE PROJECT (QAP). Health care quality improvement in the Russian Federation. Bethesda, Maryland, QAP, 2002. 11 p.
90. RAWLINS, B., GARRISON, K., LYNAM, P., SCHNELL, E., CAIOLA, N., and GRIFFEY BRECHIN, S.J. Focusing on what works: A study of high-performing healthcare facilities in Kenya. Baltimore, JHPiEgo, May 2001. 17 p.
91. REPRODUCTIVE AND CHILD HEALTH ALLIANCE (RACHA). The COPE process: Improving the quality of services in Cambodia's public health facilities. New York, RACHA, Mar. 2000. 18 p.
92. REYNERS, M. (Reproductive and Child Health Alliance) [COPE in Cambodia] Personal communication, Dec. 3, 1999.
93. ROSS, J.A. and FRANKENBERG, E. Findings from two decades of family planning research. New York, Population Council, 1993.
- *94. SANCHEZ, M.P. and TIETJEN, L., eds. Miller, J., series ed. Making your clinic building work. Family Planning Manager, Boston, Family Planning Management Development, Management Sciences for Health, Vol. 6 Fall 1997. 24 p. (Available: <<http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.1.3.htm&module=Quality&language=English>>, Accessed Feb. 5, 2004)
95. SANCHEZ, M.P. and TIETJEN, L., eds. Miller, J., series ed. Working solutions—Brazil. Redesigning an existing health facility. In: Making Your Clinic Building Work. Family Planning Manager, Boston, Massachusetts, Family Planning Management Development, Management Sciences for Health, Vol. 6 Fall 1997. (Available: <<http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.1.3p.htm&module=quality&language=English>>, Accessed Feb. 5, 2004)
96. SANTILLAN, D. and FIGUEROA, M.E. Implementing a client feedback system to improve the quality of NGO health-care services in Peru. Bethesda, Maryland, United States Agency for International Development and Quality Assurance Project, 2001. (Operations Research Results No. 2) 15 p. (Available: <<http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/clientfdbckperu.pdf>>, Accessed Feb. 5, 2004)
97. SATIA, J.K. Strategic perspectives on promoting spacing methods. In: Khan, M.E. and Cernada, G., eds. Spacing as an Alternative Strategy. India's Family Welfare Programme. Delhi, India, B.R. Publishing Corporation, 1996. p. 151-170.
98. SATYAPAN, S., VARAKAMIN, S., SUWANNUS, P., CHALAPATI, S., ONTHUAM, Y., and DUSTINS, N. Postpartum tubal ligation by nurse-midwives in Thailand: A field trial. *Studies in Family Planning* 14(4): 115-118. Apr. 1983.
- *99. SELTZER, J. and SOLTZER, S., eds. Miller, J., series ed. Using national and local data to guide reproductive health programs. Family Planning Manager, Boston, Massachusetts, Family Planning Management Development, Management Sciences for Health, Vol. 6 Summer 1997. 22 p. (Available: <<http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.1.htm&module=info&language=English>>, Accessed Feb. 5, 2004)
100. SENDEROVITZ, J. Health facility programs on reproductive health for young adults. Washington, D.C., Pathfinder International, May 22, 1997. (FOCUS on Young Adults Research Series) 51 p. (Available: <<http://www.pathfind.org/pf/pubs/focus/RPPS-Papers/healthfacility.pdf>>, Accessed Feb. 5, 2004)
101. SETTY-VENUGOPAL, V., JACOBY, R., and HART, C. Family planning logistics: Strengthening the supply chain. Population Reports, Series J, No. 51. Baltimore, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Winter 2002. 39 p. (Available: <<http://www.jhuccp.org/pr/j51edsdm.shtml>>, Accessed Feb. 5, 2004)
102. SHAVER, T. and KINZIE, B. Antenatal care: Old myths, new realities. Presented at the Maximizing Access and Quality (MAQ) Mini-University, Washington, DC, Apr. 20, 2001. MAQ Initiative.
103. SHELTON, J. The provider perspective: Human after all. *International Family Planning Perspectives* 27(3): 152-153, 161. Sep. 2001. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2715201.html>>, Accessed Feb. 5, 2004)
- *104. SHELTON, J.D., ANGLE, M.A., and JACOBSTEIN, R.A. Medical barriers to access family planning. *Lancet* 340(8831): 1334-1335. Nov. 28, 1992.
105. SINGH, A., KOHLI, M., TRELL, E., WIGERTZ, O., and KOHLI, S. Bhorugram (India) revisited: A 4-year follow-up of a computer-based information system for distributed MCH services. *International Journal of Medical Informatics* 44: 117-125. 1997.
106. SLOAN, N.L., WINIKOFF, B., HABERLAND, N., COGINS, C., and ELIAS, C. Screening and syndromic approaches to identify gonorrhoea and chlamydial infection among women. *Studies in Family Planning* 31(1): 55-68. Mar. 2000.
107. SMITH, S.M., MILBURN, L.T., ABU-SAIF, J., SHAHROURI, M., EDMOND, J., MENSAH, A., and JORISSEN, J. Jordan training results evaluation. Washington, DC, Partnerships for Health Reform, Jan. 15, 2001. (Technical Report No. 57) 43 p. (Available: <<http://www.phrplus.org/Pubs/te57fin.pdf>>, Accessed Feb. 5, 2004)
108. SPEIZER, I.S., HOTCHKISS, D.R., MAGNANI, R.J., HUBBARD, B., and NELSON, K. Do service providers in Tanzania unnecessarily restrict clients' access to contraceptive methods? *International Family Planning Perspectives* 26(1): 13-20, 42. Mar. 2000. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2601300.html>>, Accessed Feb. 5, 2004)
109. STANBACK, J., QURESHI, Z., SEKADDE-KIGONDU, C., GONZALEZ, B., and NUTLEY, T. Checklist for ruling out pregnancy among family-planning clients in primary care. *Lancet* 354(9178): 566. Aug. 14, 1999.
- *110. STANBACK, J. and TWUM-BAAH, K. Why do family planning providers restrict access to services? An examination in Ghana. *International Family Planning Perspectives* 27(1): 37-41. Mar. 2001. (Available: <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2703701.html>>, Accessed Feb. 5, 2004)
111. STEWART, J.F., STEKLOV, G., and ADEWUYI, A. Family planning program structure and performance in West Africa. *International Family Planning Perspectives* 25(Suppl.): S22-S29. 1999. (Available: <<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/25s2299.html>>, Accessed Feb. 5, 2004)
112. SULLIVAN, T. and BERTRAND, J., eds. Monitoring quality of care in family planning: Country reports from the Quick Investigation of Quality (CIQ). MEASURE Evaluation Technical Report, Chapel Hill, North Carolina, MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Jul. 2000. 159 p. (Available: <<http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/techreports/qiq.pdf>>, Accessed Feb. 5, 2004)
113. THE WORLD BANK. Chapter Four: Issues for national program planning. In: A New Agenda for Women's Health and Nutrition. Washington, DC, The World Bank, Aug. 1994. p. 57-72. (Available: <<http://www.worldbank.org/html/extdr/hnp/health/newagenda/chap4.pdf>>, Accessed Feb. 5, 2004)
114. THOMSEN, S. (Family Health International) [STI services in Tanzania] Personal communication, Jan. 30, 2003.
- *115. TIMMONS, R. and EGBOH, M., eds. Miller, J., series ed. Using service data: Tools for taking action. The Family Planning Manager, Boston, Massachusetts, Management Sciences for Health, Family Planning Management Development, Vol. 1 May/June 1992. 12 p. (Available: <<http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.4.htm&module=info&language=English>>, Accessed Feb. 5, 2004)
116. OPUÇUOĞLU, E. (Management and Leadership Program, Management Sciences for Health) ["Topping-up" contraceptives in Turkey] Personal communication, May 5, 2003.
117. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Goals for children and development in the 1990s. <<http://www.unicef.org/wsc/goals.htm#Child>> UNICEF, Accessed Feb. 5, 2004.
118. UPADHYAY, U.D. Informed choice in family planning: Helping people decide. *Population Reports, Series J, No. 50*, Spring 2001. p. 39. (Available: <<http://www.jhuccp.org/pr/j50edsdm.stm#top>>, Accessed Feb. 5, 2004)
119. VERBEL, L.B. Trip report: Guatemala men's reproductive health curriculum section 1 evaluation. New York, EngenderHealth, May 2003.
120. WANG, Q., YANG, P., ZHONG, M., and WANG, G. Validation of diagnostic algorithms for syndromic management of sexually transmitted diseases. *Chinese Medical Journal* 116(2): 181-186. Feb. 2003.
121. WEST, C., CONDON, S., and JANOWITZ, B. Measuring staff time use in public family planning clinics in Kingston, Jamaica: A comparison of four methods. Final report. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, 2001.
122. WILLIAMS, T., SCHUTT-AINE, J., and CUCA, Y. Measuring family planning service quality through client satisfaction exit interviews. *International Family Planning Perspectives* 26(2): 63-71. Jun. 2000. (Available: <<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/2606300.html>>, Accessed Feb. 5, 2004)
123. WOLFF, J.A., SUTTENFIELD, L.J., and BINZEN, S.C. Family planning manager's handbook: Basic skills and tools for managing family planning programs, Family Planning Management Development, Management Sciences for Health, West Hartford, Connecticut, Kumarian Press, 1991. 374 p. (Available: <<http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=handbook2.htm&module=enhancement%20other&language=English>>, Accessed Feb. 5, 2004)
124. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. Department of Reproductive Health and Research, WHO, 2000.
125. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva, WHO, 2002. 92 p. (Available: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_7spr.pdf>, Accessed Feb. 5, 2004)
126. YINGER, N.V. Unmet need for family planning: Reflecting women's perceptions. Washington, D.C., International Center for Research on Women, Apr. 1998. 35 p.